Nr. 27. 2. lipca 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

B. Frenkel i J. Leyberg. Łódź.

W sprawie drgawek epileptoidalnych przy kile wczesnej.

Z oddziału chorób nerwowych Szpitala Okręgowego Nr. IV. w Łodzi.

Dwa przypadki kiły układu nerwowego współcześnie przez nas spostrzegane o jednakowej etjologji i — do pewnego stopnia — podobnych objawach klinicznych dały nam powód do niniejszej publikacji.

F. K., l. 23, z zawodu robotnik, obecnie sierżant W. P. do szpitala przybył 23. XI. 1921. W sierpniu r. 1921 miał owrzodzenie prącia; wtedy otrzymał w szpitalu 12 injekcji rtęciowych i 4 dożylne wlewania neosalwarsanu. To leczenie ukończono 1. X., a w 5 tygodni po tem doznał drętwienia lewej nogi i zauważył, że trudno mu chodzić. W kilka dni potem wystąpiła żółtaczka. Bólów głowy i wymiotów nie było.

Stan obecny: Skóra, białkówki żółte. Źrenice i dno oka prawidłowe. Ruchy gałek ocznych i mięśni twarzowych bez zmian. Czucie wszędzie zachowane. Odruch brzuszny lewy słabszy, kolanowy lewy żywszy. Objawu Babińskiego niema. Osłabienie siły ruchów lewej nogi. Ruchy rąk jednakowe.

26. XI. Podczas mycia atak drgawek lewych kończyn bez utraty przytomności; atak trwał 10 minut. Lewy brzuszny —; lewe ścięgnowe bardzo żywe. Babińskiego brak. 29. XI. Atak drgawek lewej ręki i lewej połowy twarzy. 30. XI. Trzy ataki drgawek. Jednocześnie z drgawkami od kilku dni wystąpiło wybitne osłabienie lewej ręki, której obecnie chory prawie wcale nie podnosi. Niedowład lewej nogi wzmógł się; chód wybitnie paretyczny. 2. XII. Badanie krwi wykazało: Wa i Meinicke w surowicy ++++; płynu mózgowo-rdzeniowego: Wa przy 0,25 —, Nonne Ap ujemny, Pandy nieznaczne ślady; poszczególne małe limfocyty. 3. XII. Ponownie napad drgawek, które ostatnio powtarzały się codziennie lub kilka razy w ciągu dnia. Typowy Jackson bez utraty przytomności. 4. XII. Pierwsze wcierki po 3,0 szaruchy. 5. XII. Pierwsze dożylne wlewanie n.-salw. 0,6, 12. XII. Drugie dożylne wlewanie n.-salw. 0,6, w przerwie codzienne wcierki. Od 4. XII. do 12. XII. tylko 2 napady drgawek. Siła ruchów ręki znacznie się poprawia. Samopoczucie dobre. 20. XII. 27. XII., 31. XII. i 7. I. n.-salw. dożylnie w ogólnej ilości 2,25 gr. i wcierki. 27. XII. Badanie krwi wykazuje: Wa i Meinicke ++. W płynie mózg.-rdz. Wa i Nonne Apelt —, Pandy ślady; 2 — 3 małe limfocyty w polu widzenia. Stan chorego dobry; ataków drgawkowych nie ma, niema śladu osłabienia lewej nogi. Stan nogi poprawia się. Żółtaczka znikła. Odruch lewy brzuszny słabszy, lewe ścięgnowe żywsze, bez Babińskiego. Chory w dalszym ciągu jest leczony, jak wyżej.

Streszczając powyższe: w 14 tygodni po zakażeniu wystąpił niedowład połowiczy lewostronny z atakami drgawkowemi typu Jacksonowskiego; przyczem płyn mózgowo-rdzeniowy nie wykazywał zmian patologicznych. Objawy ustępują pod wpływem leczenia mieszanego rtęciowo-salwarsanowego.

Rozpoznanie: *Lues cerebri recens, endarteriitis (respective periarteriitis)* drobnych naczyń pod- ewent. śródkowych w prawej półkuli.

Przypadek 2-gi. J. Ow., l. 22., z zawodu rolnik, obecnie szer. W. P., wrzód pierwotny. Krew: Wa Meinicke +++; płyn normalny w czerwcu 1921. Otrzymał wówczas 10 mieszanek Linsera. 3 tygodnie po ukończeniu leczenia badanie krwi i płynu wykazuje: Krew: Wa i Meinicke —; płyn prawidłowy. Obecnie od kilku dni silne bóle głowy. Do szpitala przybył z powodu ataku drgawek z utratą przytomności, który miał 12. XII. 21. Przedtem nigdy ataków nie miewał; w rodzinie nikt na padaczkę nie cierpiał. Jednocześnie z drgawkami wystąpiły wymioty, obecnie miewa nudności.

Stan obecny: Chory lekko zamroczony; sprawia wrażenie ciężko chorego, niewielka sztywność karku. Nieznaczne osłabienie siły ruchów prawych kończyn. Odruchy: prawy brzuszny i mosznowy słabe. Odruch kolanowy prawy żywszy (?). Źrenice bez zmian. Ciepłota 37·1—37·2. Badanie krwi: Wa i Meinicke ++++. Badanie płynu mózg.-rdzen. Wa przy 0,1 ++; przy 0,25 ++++. N. A. ujemny; Pandy minimalne ślady; 1—2 małe limfocyty w polu widzenia. 16—17. XII. w dalszym ciągu silne bóle głowy; chory stale jęczy; pyramidon i jod nie wywierają wpływu na stan chorego. Sztywność karku. 20. XII. pierwsza wcierka. 21. XII. pierwsze dożylne wlewanie n.-s. (0,6) i pierwsze wlewanie do kanału mózgowo-rdzeniowego metodą Gennericha. Wypuszczono 55 cm płynu, dodano 15 cm soli fizjologicznej i 0,9 mlg n.-s. Podczas wlewania bardzo silne bóle głowy. 22. XII. Po wlewaniu ciepłota 38·6°. Silne bóle głowy i wymioty. 23. XII. Bóle głowy wyraźnie mniejsze. Ogólny stan dobry. 27. XII. drugie dożylne n.-s. i wstrzyknięcie kalomelu 0,03. 31. XII. trzecie dożylne n-s i zastrzyknięcie kalomelu 0,03. Bóle głowy od kilku dni przeszły. Wszelkie objawy oponowe minęły. Samopoczucie dobre. Chory chodzi, uważa się za zdrowego. Ruchy normalne. Odruchy kolanowe żywe. Nadwrażliwość bólowa. 12. I. 22. Chory otrzymuje drugie wlewanie do kanału m.-r. Badanie płynu m.-r.: Wa przy 0,25 —, N. A. i Pandy ślady; 1—2 leukocyty w polu widzenia. Drugie wlewanie chory zniósł dobrze. Obecnie stan chorego zupełnie dobry. Bolów głowy niema. Leczony dalej metodą Gennericha.

Streszczając: w 6 miesięcy po wrzodzie pierwotnym objawy oponowe: bóle głowy, wymioty i ataki drgawek przy zaznaczonym jednostronnym niedowładzie, jednocześnie płyn patologiczny z wybitnym dodatnim odczynem Wassermanna[1]).

Rozpoznanie: *Meningitis convexitatis* jako »meningo recydywa« kiłowa. Objawy ustąpiły po jednem śródżylnem i dordzeniowem wlewaniu neosalwarsanu.

Uzasadnienie rozpoznania w obu przypadkach opisanych jest nietrudne. W pierwszym — występują objawy wypadnięcia czynności części kory w postaci porażenia połowiczego i objawy podrażnienia ośrodków korowych, ujawniające się jako drgawki typu Jacksonowskiego. Te same objawy, niedowład i napady padaczkowate, mogłyby być wywołane przez sprawę swoistą, umiejscowioną w korze (w mózgu), podkorowo, wreszcie w samych oponach (ponad odpowiedniemi ośrodkami). Brak wymiotów, brak sztywności karku a nadewszystko brak bolów głowy, objawu prawie patognomonicznego dla spraw oponowych, przemawiały przeciwko umiejscowieniu sprawy chorobowej w oponach. Rozstrzygającem było badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, które wykazało brak w nim wszelkich odczynów patologicznych. Ponieważ odczyny patologiczne płynu stanowią odbicie ognisk chorobowych, umiejscowionych w oponie miękkiej i są wyrazem jej schorzenia (jest rzeczą prawie dowiedzioną, że źródłem odczynu Wassermanna w płynie patologicznym są nacieczenia swoiste w oponie miękkiej, a nie reaginy, przesączające ze krwi do płynu), możemy przeto powiedzieć: brak odczynów patologicznych w płynie mózgowo-rdzeniowym dowodzi, że w naszym przypadku niema w oponach jakichkolwiek poważniejszych ognisk symptomotwórczych i że cała sprawa chorobowa odbywa się podoponowo. Stąd wniosek: jeśli opony są zupełnie zdrowe, zbędne jest stosowanie leków drogą nakłucia lędźwiowego, ponieważ w takich razach przepuszczalność opon jest prawie żadna. W tym przypadku stosowanie metody Gennericha byłoby błędem. Dlatego też ograniczyliśmy się do stosowania zwykłej mieszanej metody swoistego leczenia i, jak widzimy, z wynikiem pomyślnym.

W przypadku drugim sprawa przedstawiała się inaczej: I tu wystąpił nieznaczny połowiczy niedowład i tu był atak drgawek. Na pierwszy jednak plan wysuwają się objawy *par excellence* oponowe: wymioty, sztywność karku i silne uporczywe bóle głowy, a badanie płynu wypadło zupełnie odmiennie (Wa 0,25 ++++), wskazując na umiejscowienie sprawy w oponie miękkiej. Tu więc istniało wskazanie do zadziałania bezpośrednio (nie drogą krwi) na chore ognisko za pomocą wlewania n.-s. do worka oponowego. Pomimo ciężkiego stanu chorego dokonaliśmy wlewania metodą Gennericha z wynikiem bardzo zachęcającym.

Dwa te przypadki wykazują, że wczesne sprawy kiłowe mogą dawać objawy kliniczne podobne — porażenie i napady

[1]) Dwukrotnie otrzymany uprzednio płyn normalny w tym przypadku należy sobie tłumaczyć tem, że był on badany w okresach niemiarodajnych: podczas wrzodu pierwotnego przy Wa ujemnym w surowicy i 3 tygodnie po skończonem intenzywnem leczeniu.

padaczkowate przy różnorakiem w układzie nerwowym umiejscowieniu i w zależności od różnych zmian anatomo-patologicznych. Rozpoznanie sumaryczne, jak kiła mózgu lub porażenie połowicze na tle swoistem dziś nie wystarcza; w każdym poszczególnym przypadku należy ustalić, o ile opony wciągnięte są w sprawę chorobową, bo tylko w ten sposób otrzymamy wskazanie do zastosowania racjonalnego leczenia. Przy zajęciu opon — a wyrazem tego jest płyn patologiczny — należy działać na nie drogą bezpośrednią, stosując metodę Gennericha; o ile zaś opony nie są dotknięte sprawą chorobową, wystarcza leczenie swoiste zwykłe.

Przypadki powyższe zmuszają nas do wypowiedzenia się w sprawie obecnie aktualnej, a mianowicie napadów drgawek u chorych na kiłę we wczesnym okresie choroby. W dwu naszych przypadkach wystąpiły napady padaczkowe. Nie ulega wątpliwości, że tego rodzaju napad może wystąpić we wczesnym okresie kiły, jako objaw zupełnie odosobniony. W jednym np. spostrzeganym przez nas w tymże szpitalu przypadku napady drgawek wystąpiły w postaci meningo-recydywy (po trzeciem leczeniu salwarsanowem) obok równoczesnych objawów ostrego kiłowego zapalenia opon. Wywiady jednak wykazały, że u tego chorego pomiędzy pierwszem i drugiem leczeniem również miał miejsce jeden napad drgawek. Chory zupełnie o nim zapomniał i dopiero po roku, kiedy napady drgawek zaczęły się powtarzać, podał to nam do wiadomości. Inny znów chory dostał pierwszego napadu drgawek w 25 roku życia, stojąc na rusztowaniu; chory spadł wtedy z rusztowania, poczem wystąpiły objawy mózgowe, pozostające w związku z upadkiem. Badanie krwi i płynu, jak również wywiady, ustaliły u tego chorego kiłę. I tutaj zatem napad drgawek wystąpił jako zupełnie odosobniony objaw kliniczny.

Tego rodzaju przypadki bywają rozpoznawane jako padaczka swoista. Dlatego też w każdym przypadku, kiedy napady drgawkowe rzekomo padaczki swoistej ujawniają się po raz pierwszy pomiędzy 20—25 rokiem życia, należy poszukiwać przedewszystkiem objawów kiły.

W dostępnem nam piśmiennictwie ostatniej doby podobne przypadki drgawek padaczkowatych we wczesnej kile znajdujemy u Dreyfusa, Gennericha i Klieneberger a. Dreyfus, wspominając o tego rodzaju przypadkach, twierdzi, że u chorych takich znajdujemy zmiany kiłowe w płynie mózgowo-rdzeniowym. Nasze przypadki uczą, że nie jestto bynajmniej objaw stały. O ile sprawa chorobowa umiejscowiona jest wyłącznie w korze (nasz pierwszy przypadek), może ona wywołać napady drgawek bez żadnych zmian swoistych w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Gennerich opisuje drgawki padaczkowate we wczesnych okresach kiły, jako jeden z klinicznych objawów zapalenia opon sklepienia mózgu i uważa je za meningo recydywy, występujące zazwyczaj po leczeniu sarwarsanowem, jako odczyn Jarisch-Herxheimera w obrębie opon. Ponieważ napady drgawkowe mogą również wystąpić jako objaw zatrucia mózgu przez salwarsan (salvarsan-encephalitis) albo jako jego objaw szczątkowy, musimy zdać sobie dokładnie sprawę, czem jest atak drgawkowy w każdym poszczególnym przypadku. Kierować się tu będziemy przedewszystkiem czasem, który upłynął od ostatniego wlewania salwarsanu. Zatrucie salwarsanowe mózgu występuje bardzo wcześnie, najpóźniej we dwa-trzy dni po wlewaniu, meningo recydywy natomiast dopiero po kilku tygodniach. Jeżeli dochodzimy do wniosku, że drgawki są objawem meningo recydywy, należy natychmiast zastosować wlewanie salwarsanu w dużej dawce, bądźto śródżylnie (0,9 n.-s.), bądźto w postaci wlewania dordzeniowego, według metody Gennericha (1,8 mg). Mieliśmy możność przekonania się, że działa on w takich przypadkach znakomicie.

Klieneberger dla wytłumaczenia swoich przypadków ucieka się do teorji, że kiła jako taka wzmaga usposobienie organizmu do drgawek. Teorja ta nie jest, według nas, dostatecznie umotywowana, a spostrzeżenia kliniczne nie przemawiają za nią. Przypadki przez nas spostrzegane uczą raczej, że drgawki padaczkowate we wczesnej kile (niema tu, oczywiście, mowy o padaczkowych zakażonych kiłą) występują jako objawy ogniskowe sprawy swoistej kiłowej. Za tem między innemi przemawia fakt współczesnego ich występowania z niedowładem połowiczym. Ognisko chorobowe drażni ośrodki korowe i wywołuje drgawki bądźto w postaci padaczki Jacksonowskiej, bądźto uogólniające się w atak drgawek, naśladujący padaczkę swoistą. Zależnie od umiejscowienia możemy mieć postać oponową drgawek z płynem patologicznym, lub też korową (naczyniową) z płynem normalnym.

Piśmiennictwo.

1. Dreyfuss G. Isolierte Pupillenstörung und Liquor cerebrospinalis. Jena 1921. 2. Gennerich. Syphilis des Centralnervensystems. 1920. 3. Klieneberger. Lues u. Epilepsie. D. m. W. 1921. Nr. 35. 4. Nonne. Syphilis des Nervensystems. IV. wydanie.

Dr. Józef Szymanowicz, asyst. kliniki. Kraków.

Ciałko żółte a owarjotomja podczas ciąży.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiel. Dyrektor Prof. Al. Rosner.

Kiedy w roku 1898 Prenant histologicznie stwierdził, że ciałko żółte jest gruczołem o wydzielaniu wewnętrznem, ze wszystkiemi cechami, jakie gruczoły te posiadają, rzucono się do badań fizjologicznych ciałka żółtego, starając się rozwiązać zagadkę, dotyczącą tego, to zjawiającego się, to ginącego tworu. Bo jakkolwiek po badaniach Prenanta nie ulegało wątpliwości, że ciałko żółte jest gruczołem podobnym do innych gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, to jednak ten gruczoł odbiegał pod wielu względami od typu innych. Przedewszystkiem jego krótkotrwałość i perjodyczne występowanie wyróżniało go od dotychczas poznanych.

Wyjaśnieniem czynności ciałka żółtego zajął się w Niemczech embrjolog Gustaw Born i wypowiedział przypuszczenie, że jednem z głównych zadań ciałka żółtego jest przygotowanie błony śluzowej macicy na przyjęcie zapłodnionego jaja i stworzenie w niej warunków umożliwiających temu jaju dalszy rozwój. Badaczem, któremu Born zwierzył się ze swojej hypotezy i który myśl jego doświadczeniami na zwierzętach udowodnił, był ginekolog wrocławski L. Fränkel. W toku jego prac nad udowodnieniem słuszności przypuszczeń Borna pokazało się, że ciało żółte ma daleko większe znaczenie, niż sam Born przypuszczał.

Znaczenie ciała żółtego, jako narządu mającego na celu przygotowanie odpowiednich warunków do usadowienia się zapłodnionego jaja i utrzymanie go przez pierwszy okres ciąży, jest tylko częścią niezmiernie rozległej czynności i wpływu, jaki twór ten wywiera na ustrój kobiecy. W ciągu doświadczeń Fränkla, pokazało się, że zadaniem ciałka żółtego jest utrzymanie macicy na odpowiednim stopniu odżywienia w latach płciowej dojrzałości kobiety, że ma ono sprowadzać okresowe przemiany błony śluzowej macicy w toku cyklu miesiączkowego i wpływać na towarzyszące tym przemianom objawy ogólne. Brak ciała żółtego wywołuje zanik macicy i niewystępowanie miesiączki.

Tak pierwsza, jak i druga część teorji Borna-Fränkla wywołała nie małą reakcję w postaci prac doświadczalnych i rozważań teoretycznych. Pojawiło się wiele zarzutów (Schauta, Halban, Schäffer, Essen, Möller i wielu innych) przeciw pierwszej części hypotezy, którą Fränkel i jego zwolennicy (Loeb, Cohn, F. Tschirdewahn i wielu innych) próbowali utrzymać, na podstawie wprost olbrzymiego materjału dowodowego, zebranego przez doświadczenia na zwierzętach. Jeżeli pierwsza część hypotezy wywołała zarzuty, które powiodło się Fränklowi w zakresie doświadczeń na zwierzętach niemal zupełnie obalić, to druga część hypotezy obudziła poważne wątpliwości i rozdzieliła badaczy na dwa zasadnicze obozy: bezwzględnych zwolenników Fränkla, którzy w ciałku żółtem upatrują spiritus movens całego życia kobiety w okresie jej rozwoju płciowego i tylko bardzo nieznaczne poprawki do zapatrywań Fränkla wprowadzają, oraz zwolenników teorji „jajkowej“, z R. Mayerem na

czele, przypisującej jajku, a raczej owocytowi w jajniku, główny wpływ na życie płciowe kobiety.

Okazało się, że w tej naukowej dyskusji nad znaczeniem ciała żółtego, zaważyć mogą obok doświadczeń na zwierzętach, także i spostrzeżenia kliniczne u operowanych podczas ciąży kobiet, a mam tu na myśli owarjotomję u ciężarnych. Był to bowiem czas, kiedy technikę operacyjną guzów jajnikowych opanowano już dostatecznie i nie obawiano się ich usuwać nawet podczas ciąży, której rokowanie przez to nie pogarszało się. Usuwano więc guzy jajnikowe w każdym okresie ciąży natychmiast po rozpoznaniu. Po pracy jednak Fehlinga, który radził przesuwać zabieg o ile tylko możliwe, poza ciążę, ponieważ w bardzo znacznej liczbie przypadków dochodziło do jej przerwania, mimo, że śmiertelność matek nie była większa, niż u operowanych poza ciążą, zaczęto coraz bardziej ograniczać wskazania do owarjotomji wśród ciąży, zwłaszcza, że przychyliły się do tego zapatrywania Bumma, Pfannenstiela i i.

Zdarzało się jednak często, że zabieg musiał być bezzwłocznie wykonany, wobec czego Zweifel, Gräfe, Egler i inni radzili operować natychmiast, gdyż nawet wywołane poronienie niejednokrotnie przedstawiało mniejsze niebezpieczeństwo dla matek, niż pozostawienie guza. Kiedy Dsirne, opierając się na wyczerpującej statystyce, udowodnił, że operacja wykonana po czwartym miesiącu ciąży nie wywołuje poronień, tak często obserwowanych po operacjach w pierwszych miesiącach, trzeba było zastanowić się nad przyczyną tego zjawiska.

I tutaj z pomocą przyszła teorja Borna, poparta doświadczeniami Fränkla. Fränkel po licznych doświadczeniach na królikach udowodnił, że zniszczenie (wypalenie kauterem) ciałka żółtego w pierwszej połowie ciąży, wiedzie bezwzględnie do jej przerwania. Porównując swoje spostrzeżenia ze statystyką kliniczną Dsirnego, doszedł Fränkel do przekonania, że różnica między olbrzymią liczbą poronień przy operacjach guzów jajnikowych w pierwszych czterech miesiącach ciąży, a stosunkowo bardzo nielicznemi, niewczesnemi czy przedwczesnemi porodami, polega niezawodnie na częstem usuwaniu ciałka żółtego podczas operacji, które w pierwszych miesiącach ma umożliwiać utrzymanie się ciąży. Warunkiem koniecznym jest, aby zabiegi odbywały się przy troskliwem oszczędzaniu ciałka żółtego. Wysnuwając z tego wnioskowania praktyczne uwagi, podał Fränkel zasady, wśród jakich warunków, kiedy, jak i jakie guzy jajnikowe wśród ciąży należy operować. Radzi on unikać wycinania guzów jajnikowych, towarzyszących ciąży (jeśli niema do tego bezpośredniego wskazania) w pierwszych miesiącach, ponieważ nie zawsze daje się uratować podczas zabiegu ciałko żółte. Jeżeli zaś już wskazanie wymaga operacji w pierwszych czterech miesiącach, to bezwarunkowo należy oszczędzać ciałko żółte. Jeżeli tylko można odłożyć operację na drugą połowę ciąży, to należy raczej w tym okresie operować, kiedy to ciałko żółte przestało już wywierać swój wpływ na usadowienie się i rozwój jaja i kiedy nawet ewentualne usunięcie ciałka żółtego nie wywoła przerwania ciąży.

Na dziesięcioletnim, dość pokaźnym materjale kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jag, obejmującym 35 przypadków, które operowano podczas ciąży z powodu nowotworów jajnikowych, pragnąłbym pokrótce wykazać słuszność także drugiej części hypotezy Borna-Fränkla.

To co usiłowano osiągnąć przez doświadczenie na zwierzętach, często dość niepewne i nie wiodące do celu, powiodło się nam stwierdzić bezpośrednio na materjale ludzkim. Doświadczenia na zwierzętach, mianowicie na królikach, podjęte przez Fränkla i jego szkołę, miały pewne niedokładności z powodu większej ilości ciałek żółtych spotykane u królików, co nie dawało pewności, że wszystkie były bezwzględnie usunięte. Pewność, że u kobiety usuwa się ciało żółte w zupełności, jest prawie absolutna, a więc i eksperymentowanie w tym kierunku nie może spotkać się z zarzutem, jaki robiono Fränklowi z powodu jego doświadczeń na królikach.

Przywiązując wagę do twierdzenia Fränkla o znaczeniu ciałka żółtego w pierwszej połowie ciąży, postępowaliśmy prawie dosłownie według jego zasady. Nie trzymaliśmy się jej tylko o tyle, że chore, które zgłaszały się z guzami jajnikowemi podczas ciąży, natychmiast operowaliśmy, pomimo, że doraźnego wskazania nie było. Wychodziliśmy bowiem z zasady, że lepiej w najgorszym razie stracić płód, niż narażać ciężarną na późniejsze powikłania z powodu obecności guza jajnikowego w czasie ciąży (skręt szypuły, zropienie, pęknięcie itd.), a często nie mniej groźne — w czasie porodu (uwięźnięcie guza w miednicy małej — przeszkoda porodowa) i w połogu (zropienie).

Nie chcąc jednak narażać się na zarzut lekceważenia życia płodu, a uznając równocześnie zapatrywania Fränkla co do znaczenia ciała żółtego, wchodziliśmy niekiedy w kolizję z naszą zasadą podczas zabiegu operacyjnego. Wiadomo bowiem dobrze ginekologom, jak często spotyka się ciałko żółte w tym właśnie jajniku, z którego wychodzi guz. Pragnąc więc pozostawić ciałko żółte nienaruszone, musieliśmy się uciekać do resekcji nowotworu z wnęki jajnika, w której pozostawało ciałko żółte, co udawało się zwykle dość łatwo. Spotkać się jednak można z takiemi przypadkami, jak jeden z naszych (historja choroby L. l. 56 rok 1919), gdzie ciałko żółte było rozpięte na szczycie guza torbielowatego, a więc w największej od wnęki odległości, w kształcie płaskiego żółtawo-szarego pasma, które dopiero po dokładnem obejrzeniu rozpoznano jako ciałko żółte. W podobnych szczególnie niekorzystnych przypadkach możnaby uniknąć usunięcia ciałka żółtego jedynie wtenczas, gdyby się wyłuszczyło guz z jajnika po nacięciu torebki jajnika i warstwy korowej na szczycie guza, gdyż wówczas pozostałby cały miąższ jajnika (poza guzem), nawet i ta część, która leży na biegunie przeciwległym wnęce, a którą usuwa się przy resekcji jajnika w pobliżu wnęki. Sposobu tego, zaleconego przez A. Rosnera, z okazji pokazu w Towarzystwie Ginekologicznem Krakowskiem, użyliśmy kilka razy, przyczem stwierdziliśmy łatwą jego wykonalność. Krwawienie przy tym zabiegu bywa nieznaczne, daje się łatwo opanować podwiązkami, jakoteż szwem zapuszczonym i powierzchownym. Rzecz jasna, że nadmiernie duże płaty torebki jajnika można usunąć po dokładnem stwierdzeniu, że w nich niema spłaszczonego ciałka żółtego.

Jak wyżej wspomniałem, dowód nasz o znaczeniu czynności ciałka żółtego w pierwszej połowie ciąży, oparty jest na 35 przypadkach powikłania ciąży guzami jajnikowemi, które natychmiast po rozpoznaniu w różnych okresach ciąży operowaliśmy.

Z tych 35 — 9	przypadków	było	w	2	mies.	księż.
10	„	„	„	3	„	„
9	„	„	„	4	„	„
3	„	„	„	5	„	„
1	„	„	„	6	„	„
1	„	„	„	8	„	„
2	„	„	„	10	„	„

U wszystkich operowanych staraliśmy się, o ile możności, zachować ciałko żółte; nie powiodło się go oszczędzić w 4 przypadkach, a to raz w 5 miesiącu księż., poczem ciąża trwała dalej; raz w 3 miesiącu księż., 2 razy w 8 tygodniu ciąży, poczem w trzech ostatnich przypadkach nastąpiło poronienie. (Dodać muszę, że usunięcie ciałka żółtego w tych 4 operowanych przypadkach, nastąpiło z powodu przeoczenia operatora). U 31 operowanych, u których ciało żółte zaoszczędzono, a właściwie ściśle biorąc u 24, tj. tych, u których wydzielina jego mogła odgrywać pewną rolę, nie straciliśmy wskutek zabiegu żadnego płodu. Dwie chore poroniły wprawdzie bezpośrednio po zabiegu, lecz były to chore, u których los jaja płodowego już przed operacją był przesądzony, obie bowiem krwawiły z macicy tak, że nawet przy rozpoznawaniu sprawy wchodziła w rachubę ciąża zewnątrzmaciczna, z odklejeniem się doczesnej, jako przyczyną krwotoku. Nie dziwi nas wcale, że ciąża w przypadku dotyczącym 5 miesiąca księż. została utrzymana, mimo usunięcia ciała żółtego, gdyż był

to okres, na który działanie tego gruczółu niema się roztaczać; tak więc i ten szczegół odpowiadałby ściśle hypotezie Fränkla (mianowicie, że ciałko żółte potrzebne jest do utrzymania ciąży tylko do czwartego miesiąca księż.)

Zaznaczyć muszę, że wszystkie te przypadki operowano w tych samych warunkach, przyczem zachowano środki ostrożności, aby macicy nie narażać na silniejszy uraz, dłuższe oziębienie itd., tak, że ewentualnie nasuwające się przypuszczenie, jakoby sama technika operacyjna przyczynić się miała do poronienia w tych właśnie przypadkach, gdzie wyjęto ciało żółte, nie da się przyjąć.

Dodam wreszcie, że macica ciężarna nawet w pierwszych miesiącach jest narządem, który urazy dość ciężkie znosi zupełnie dobrze i nie łatwo odpowiada na nie poronieniem. W krótkim przeciągu czasu zdołaliśmy się o tem przekonać naocznie przy sposobności wyłuszczania mięśniaków podsurowiczych z macic ciężarnych w 2, 3, 4, 5 miesiącu księż. W tych wspomnianych wyżej przypadkach, po dość brutalnym i krwawym zabiegu na samym trzonie macicy (w drugim obszywanie samego mięśnia macicznego z powodu krwotoku), poronienie nie nastąpiło, a ciąża rozwijała się prawidłowo dalej. Tak więc zdanie, że macica ciężarna już przy operacjach na przydatkach często odpowiada skurczami, wiodącemi do poronień lub porodów, nie wytrzymuje krytyki.

Sądzę, że spostrzeżenia nasze, na dość dużym materjale klinicznym, krytycznie przeprowadzone, mogą się w znacznej mierze przyczynić do poparcia drugiej części teorji Fränkla. Na podstawie tych operacyjnych doświadczeń nabraliśmy bowiem przekonania, że istotnie ciałko żółte w pierwszych czterech miesiącach ma dla utrzymania ciąży wielkie znaczenie, że operator, usuwając w tych miesiącach guz jajnikowy, musi o nie dbać i za wszelką cenę starać się je pozostawić, choćby do urzeczywistnienia tego celu miał użyć szczególnych sposobów operacyjnych jak np. wyżej wymienionego wyłuszczenia.

Dr. A. Domaszewicz i Dr. J. Zaczek. Lwów.

O chirurgicznem leczeniu padaczki na podstawie własnych przypadków *).

Z oddziału chorób nerwowych i oddziału chirurgicznego szpitala powszechnego we Lwowie.

Środki i sposoby lecznicze, jakiemi rozporządzamy w leczeniu padaczki, są nader skąpe i posiadają przeważnie charakter leczenia objawowego (*therapia symptomatica*). Stan taki jest następstwem zawiłej patogenezy tej choroby, zależnej od całego szeregu czynników endo-exogennych, nie dających się zazwyczaj wykazać. Jedynie padaczka urazowa, a w szczególności postrzałowa, nie przedstawia żadnych wątpliwości co do charakteru swego pochodzenia i wobec tego leczenie przyczynowe ma tu szerokie zastosowanie, zwłaszcza po doświadczeniach jakie poczyniła chirurgja czasu ostatniej wojny.

W innych postaciach padaczki nie jesteśmy w stanie w przeważnej ilości przypadków usunąć przyczyny padaczki, jako czynnika nam nieznanego — czyli zastosować leczenia właściwego. W leczeniu więc padaczki t. zw. wrodzonej (*e. genuina*) stoimy narazie na punkcie martwym, t. zn. ograniczamy się do leczenia symptomatycznego. Postęp zaś w leczeniu padaczki organicznej i Jacksona idzie równolegle z poznaniem procesów chorobowych i zmian anatomicznych, które zawdzięczamy w przeważnej ilości spostrzeżeniom, dokonywanym podczas samego zabiegu operacyjnego po odsłonięciu płata kostnego, w oponach, czy też mózgu; obrazy te bowiem różnią się wybitnie od obrazów sekcyjnych (Marburg-Ranzi, Tillman, Français i td).

Nie jesteśmy także zupełnie bezsilni wobec padaczki, jako następstwa guzów rozmaitego rodzaju, powodujących podniesienie się ciśnienia śródczaszkowego, bo, jeśli nawet umiejscowienie, czy ich rodzaj nie pozwala na doszczętny zabieg operacyjny, stosujemy zabiegi częściowe, jak wiercenie odciążające (*decompressio* Cushing), lub nakłucie spoidła wielkiego (*Balkenstich* Anton-Brohman), czy nakłucie podpotylicowe (*Suboccipitalstich*), które chociaż warunkowo są leczeniem przyczynowem. W leczeniu jednak chirurgicznem najtrudniejszą sprawą są wskazania, na podstawie których operujemy pewne postacie padaczki.

Wyjątek stanowią przypadki padaczki urazowej, w których wskazania do zabiegów operacyjnych są do pewnego stopnia sformułowane i jasne; wyraźna powściągliwość, jaka w ostatnich czasach w chirurgicznem leczeniu tej postaci wybitnie się zaznaczyła, jest następstwem długoletnich ścisłych obserwacji na wielkim materjale; zapatrywanie Gukkego, już nawet przez niego samego później negatywnie ocenione, by wszystkie postrzały czaszki operować zapobiegawczo, świadczy dobitnie o radykalnem stanowisku chirurgów w niedalekiej przeszłości; dzisiaj i w tej postaci padaczki wymaga się ścisłych, a dość wyraźnych wskazań, polegających na jakości, rozległości, umiejscowieniu rany, jakości, wielkości i umiejscowieniu pocisku, istnieniu ataków padaczkowych, czy też ich zastępczych objawów (Bebaque, Gukke, Tillman), przyczem więcej radykalni chirurdzy, jak Tillman, rozszerzają ramy tych wskazań z tego powodu, że chorzy nie operowani stają się przeważnie nieuleczalnymi.

Z chwilą jednak, gdy przejdziemy do innych postaci padaczki, a zwłaszcza stosunku padaczki wrodzonej do padaczki objawowej Jacksona, trudności te znacznie wzrastają. Mimo ścisłej analizy wszystkich czynników, wchodzących w grę w powstawaniu padaczki, w całym szeregu przypadków nie możemy rozstrzygnąć, z jaką postacią padaczki mamy do czynienia, a wobec tego najczęściej musimy zrezygnować z leczenia przyczynowego, jakiem może być zabieg chirurgiczny, usuwający zmianę anatomiczną. Nawet typowe ataki padaczki Jacksona, o ile nie mamy równocześnie innych klinicznych objawów, zmian anatomicznych w ośrodkowym układzie nerwowym, nie są koniecznie następstwem grubszych zmian anatomicznych w korze mózgowej, czy oponach.

Anatomja patologiczna i histologja dostarcza nam aż nadto dużo takich przypadków o zupełnie ujemnym wyniku badania, nawet takich postaci padaczki, w których kliniczne spostrzeganie i charakter napadów, zdawały się niewątpliwie przemawiać za organiczną chorobą mózgu.

Wskazania więc do zabiegu chirurgicznego w przypadkach padaczki o niejasnej etjologji, w których brak nam również cech organicznego schorzenia mózgu, jak widać z naszego krótkiego wywodu — nie są łatwe i co za tem idzie znacznie ograniczone. W grupie tej jednak spotykamy się z przypadkami, w których leczenie chirurgiczne może mieć wyraźne wskazanie i rokować dobre wyniki. Tutaj należą stany padaczkowe (*status epilept.*), w których zawiodły już środki farmakologiczne, a ogólny stan chorego z powodu wyczerpania ciągłemi napadami budzić zaczyna poważne obawy.

Przypadki własne będą objaśnieniem dla zagadnień, które poruszyliśmy w krótkim wstępie powyższym.

1) W. K. l. 26 nie zamężna, dziedzicznego obciążenia nie można wykazać, do 8 r. życia miała być zdrową, uczęszczała do szkoły, a w 9 r. życia wskutek pobicia przez chłopców dostała napadu drgawek z utratą przytomności, po którym pozostał lekki niedowład prawej połowy ciała, trwający podobno kilka miesięcy. W 12 r. życia napad drgawek tylko w prawej połowie ciała i bez utraty przytomności; od tego czasu napady drgawek połowicznych, prawostronnych powtarzają się w rozmaitych odstępach czasu: tygodniowych, miesięcznych, a kilka razy do roku napady ogólne z utratą przytomności. 15. VIII. 1921 przyjęta na oddział nerwowy z powodu stanu padaczkowego; co kilka minut występują napady drgawek klonicznych w prawej połowie ciała bez utraty przytomności, a w ciągu dnia kilka napadów ogólnych drgawek kloniczno-tonicznych z utratą przytomności, w czasie których również źrenice nie oddziaływują na światło.

Badanie wskazuje: kloniczny odruch kolanowy i stopowy, wyraźny objaw Babińskiego po str. pr., siła ruchowa po stronie prawej zdaje się być gorszą, niż po lewej. Badanie dna oczu i nakłucie lędźwiowe niemożliwe z powodu ciągłych napadów. Wassermann ujemny.

Mimo podawania luminal-natrium, atropiny podskórnie, chloral-hydratu w klyzmach w przeciągu 10 dni, ilość napadów tylko nieznacznie się zmniejszyła. Stan chorej ogólny natomiast znacznie się pogorszył, tętno przyśpieszone, miękkie, język podsycha-

*) Przedstawionych w Lwowskiem Towarzystwie lekarskiem i Towarzystwie lekarskiem szpitala powszechnego we Lwowie dnia 21 września 1921 r.

jący, obłożony, chora silnie zamroczona, pokarmu prawie nie przyjmuje.

Wobec tego, że wszelkie środki farmakologiczne zawiodły a stan chorej był groźny, zaś wynik badania, typ napadów, jak i wywiady, przemawiały za anatomiczną zmianą kory mózgowej, czy opon w okolicy lewej sfery psychomotorycznej, przeniesiono 27. IX. 1921 chorą na oddział chirurgiczny dla wykonania zabiegu operacyjnego. Zabieg w uśpieniu eterowem, po okłuciu pola operacyjnego szwami Heidenbeina w modyf. Kochera wycięto płat skórno-okostnowo-kostny (W a g n e r) rozmiarów 5 x 7 cm. w lewej okolicy psychomotor. i odchylono go w dół; kość bez zmian, opona twarda zgrubiała, niepodatna wykazuje ledwie zaznaczone tętnienie; przy przecinaniu płatowem stwierdzono jej prawie chrząstkowatą zbitość i znaczną grubość, przecięcie jej i odchylenie odbyło się bez uszkodzenia opony pajęczej; odsłonięta przestrzeń mózgu pokryta oponami miękkiemi wskazywała prawidłowe tętnienie, a jedyną zmianą rzucającą się w oczy były zmętnienia opony pajęczej na przestrzeni 2 cm. ułożone wzdłuż naczyń krwionośnych w bruździe przedśrodkowej (*sulcus praecentralis*) różańcowato w postaci torbieli białych, nieco wystających nad powierzchnią, wielkości ziarna maku do dużej główki szpilki (3 mm. x 3 mm.).

Po nakłuciu powyższych torbieli wypłynął z nich płyn jasny przeźroczysty, ściany ich zapadły się, zmętnienie znikło; na tem skończono zabieg operacyjny. Płat po wyrównaniu brzegów kostnych założono na miejsce, zeszyto 2 warstwowo, nie sączkując.

Po operacji jeden napad padaczkowy; szwy Heidenbeina usunięto 3-go dnia, szwy skórne 8-go; rana pooperacyjna zgojona przez rychłozrost. Do lutego 1922 r. nie stwierdzono u chorej ani jednego napadu padaczkowego; chora czuje się dobrze, chodzi swobodnie, skarży się tylko czasem na ból głowy w miejscu operacji. W całym tym okresie nie podano chorej prócz solutio ars. Fowleri żadnych leków. Badanie stwierdza: prawy kąt ust niżej ustawiony, hypertonia mięśniowa kończyn po str. prawej, siła mięśniowa tej strony nieco gorsza, mowa nosowa, skandowana; prócz tego zauważa się na ręce prawej ruchy przypominające atetozę, polegające na tem, że przy ruchach zamierzonych wykazuje chora naprzemian silne zamykanie ręki w kułak i wolne prostowanie palców; stopę prawą natomiast ustawia często w bardzo silnem ułożeniu szpotawo-końskiem.

Dnia 3. I. 1922 tj. przeszło w trzy miesiące od operacji chora opuściła oddział i usunęła się z pod spostrzegania.

2) M. S. l. 28 nie zamężna, zarobnica. W 12 roku życia po przebytej ospie miał powstać niedowład lewej połowy ciała, wskutek którego pół roku spędziła w łóżku; potem nastąpić miało zupełne wyleczenie, tak że pracowała w domu rodziców. W czasie wojny wyjechała do Prus na roboty, gdzie ciężko pracowała; na wiosnę 1921 r. przeszła dur osutkowy, po którym miała mieć objawy silnego podniecenia i niepokoju, a w kilka dni później napad drgawek w lewej połowie ciała; od tego czasu występują kilka razy na miesiąc drgawki ogólne z utratą przytomności i drgawki połowiczne lewostronne bez utraty przytomności. Dnia 1. X. 1921 r. w czasie napadu drgawek odstawiono chorą na oddział nerwowy.

Badaniem stwierdza się u chorej lekki niedowład lewej połowy ciała z objawami hypotonii mięśniowej, jakoteż podwyższonie nieznaczne odruchów ścięgnistych i okostnowych, oraz czasem objaw Babińskiego po tejże stronie, prócz tego w zakresie lewej kończyny górnej zauważa się od czasu do czasu ruchy choreoathetotyczne, polegające na ciągłem nawracaniu i odwracaniu przedramienia i równoczesnem bardzo nasilonem zginaniu i prostowaniu ręki w stawie nadgarstkowym. Dno oczu bez zmian. Wassermann ujemny. W pierwszych dniach pobytu na oddziele zanotowano kilka napadów Jacksona po str. lewej bez utraty przytomności i 2—3 napadów ogólnych z utratą przytomności; po kilku dniach ilość napadów Jacksona wzrosła do kilkunastu na dzień, prócz tego zauważono u chorej oddzielne napady drgawek klonicznych w lewej połowie twarzy. Luminal-natrium, atropina stosowana podskórnie, chloral hydrat, w kłyzmach zmniejszały ilość napadów tylko nieznacznie; stan ogólny chorej z powodu wyczerpania i niedostatecznego odżywiania budził poważne obawy, wobec tego przeznaczono chorą do leczenia chirurgicznego.

Dnia 8. X. 1921 wykonano zabieg operacyjny w analogiczny sposób jak u chorej poprzedniej po str. prawej. Opona twarda bez zmian, tętnienie dość wyraźne i po płatowem odsłonięciu opony twardej napotkano ten sam powyżej opisany obraz zmętniałej opony pajęczej, zmętnienie to jednak obejmowało większą przestrzeń i nie ograniczało się tylko do przebiegu naczyń; pozostała część odsłoniętych opon miękkich tych zmian nie wykazała. Dalszy sposób postępowania operacyjnego, jak w przypadku pierwszym.

Chora bezpośrednio po zabiegu nie miała ataku, zabieg operacyjny zniosła dobrze. Szwy Heidenbeina usunięto 3-go dnia, skórne 8-go; rana zgojona przez rychłozrost.

Napady Jacksona, jak i ogólne ustąpiły w zupełności, stan poprzedni neurologiczny pozostał bez zmian.

Chora nie przyjmuje żadnych leków, subjektywnie czuje się dobrze. W kilka dni po operacji zauważono znaczną zmianę w usposobieniu; stała się przygnębioną, często płacze, zwłaszcza w czasie wizyt lekarskich, lub w czasie rozmowy, W 3 tygodnie po operacji zauważono krótki lewostronny napad Jacksona, a 4 dni później ogólny napad drgawek kloniczno-tonicznych z utratą przytomności, wobec czego podano chorej brom i luminal, mimo tego chora dostaje 2—3 razy dziennie napady Jacksona, a 2 razy w tygodniu ogólny napad drgawek. Naogół chora ma się jednak dobrze, je i śpi dobrze. Zauważono w tym czasie oprócz napadów niewątpliwie padaczkowych, napady skurczów tonicznych całego tułowia, w czasie których chora rzuca się po łóżku, płacze i krzyczy, a które pod wpływem tłómaczenia i uspokajania ustępują. Napady te skwalifikowaliśmy jako napady histeryczne.

W dalszym przebiegu pod wpływem leczenia wewnętrznego ilość napadów zmniejszyła się do 1—2 na tydzień; stan psychiczny jednak chorej został bez poprawy. Dnia 12. I. 1922 roku tj. prawie w 3 miesiące od operacji chora opuściła oddział i usunęła się z pod spostrzegania.

3) D. T. l. 30 ż. rolnika; miała być zawsze zdrową, ma 2 zdrowych dzieci; w rodzinie nie było chorób nerwowych. W lutym 1921 r. dostała bez żadnej widocznej przyczyny napadu drgawek w prawej połowie twarzy i prawej ręce bez utraty przytomności; napady te powtarzały się prawie codziennie do kwietnia tego samego roku. W kwietniu zachorowała na dur osutkowy, w czasie którego napady zupełnie ustały; z początkiem czerwca po przebyciu duru napady powyższe zjawiły się znowu i dokuczają chorej prawie codziennie. Od 6 miesięcy brak perjodu.

Dnia 13. VII. 1921 przyjęta na oddział nerwowy, gdzie stwierdziliśmy znacznie gorszą siłę ruchową kończyn po stronie prawej, znacznie podwyższony odruch kolanowy i ścięgna Achillesa po str. prawej. Dno oczu bez zmian. Wassermann ujemny. Roentgen stwierdza na kościach czaszki objawy zwiększonego ucisku śródczaszkowego. Chora narzeka na ogólne osłabienie, częste bóle głowy i uczucie drętwienia w prawej połowie ciała.

Chorej podano brom i luminal, który stale zażywała przez $2^1/_2$ miesiące; w czasie tym zanotowano 3 napady Jacksonowskie prawostronne i jeden napad ogólny z utratą przytomności, w czasie którego oddała bezwiednie mocz. Typowe napady Jacksona, wiek w którym napady wystąpiły, jakoteż wynik badania roentgenologicznego upoważniały do szukania organicznej przyczyny padaczki w korze mózgowej, lub oponach w okolicy lewej sfery psychomotorycznej.

W tej też okolicy wykonano zabieg operacyjny dnia 10. X. 1921 sposobem poprzednio opisanym. Opony twardej jednak nie otwierano wobec zupełnie prawidłowego jej stanu, normalnego tętnienia mózgu i braku wszelkich danych, po obmacaniu jej, do przypuszczenia miejscowej zmiany w głębi.

Chora zniosła zabieg dobrze; w 3 dni po operacji krótki atak Jacksona; dalszy przebieg pooperacyjny zupełnie gładki, rana zgojona przez rychłozrost. Chora nie dostaje żadnych leków, czuje się dobrze; osłabienie kończyn strony prawej bez zmian. W czasie trzymiesięcznego prawie spostrzegania po operacji zanotowano trzy napady Jacksona i jeden ogólny z utratą przytomności.

Dnia 12. XII. 1921 opuściła oddział i usunęła się z pod spostrzegania.

4) P. Z. l. 24, wolny, rolnik. W czerwcu 1920 r. w czasie bójki został uderzony motyką żelazną w okolicy czoła po stronie lewej; po urazie stracił przytomność i przez 4 tygodnie miał silne bóle głowy i wymioty. W czasie tym 3 napady drgawek ogólnych z utratą przytomności. Przez 3 miesiące później czuł się zupełnie dobrze; w 4. dostał nagle drgawek w twarzy i górnej kończynie po stronie prawej. Od tego czasu napady powtarzają się 2—3 razy w miesiącu, w ostatnich czasach ilość ich wzrasta stale.

Dnia 26. X. 1921 r. przyjęty na oddział nerwowy. Badaniem stwierdza się na głowie po stronie lewej na przednim odcinku kości skroniowej bliznę skośną z góry w dół i ku tyłowi biegnącą, długą 7 cm., w obrębie której w kości wyczuwa się wgniecenie do $^1/_2$ cm. pod powierzchnią. Nieco podwyższone odruchy ścięgniste i okostnowe po str. prawej. Dno oczu bez zmian. Odczyn Wassermanna ujemny.

Dnia 4. XI. 1921 r. wykonano zabieg operacyjny. Płat Wagnera obejmował odcinek wgniecionej kości, przekraczając jego granice 2—3 cm. we wszystkich kierunkach; przy odchylaniu płata oddzielono istniejący zrost z oponą twardą, na przestrzeni 3 mm. w środku płata. Po odchyleniu stwierdzono na blaszce wewnętrznej podłużne wypuklenie kostne odpowiadające zewnętrznemu wgnieceniu na całej rozciągłości, szerokie 2—7 mm., wysokości do $^1/_2$ cm. zakończone w dalszej części stożkowatem zgrubieniem wielkości średniej fasoli, szczyt tego zgrubienia był zrośnięty z oponą twardą i tutaj wytworzyło się połączenie naczyniowe kostno oponowe; przerwanie tego naczynia spowodowało dość znaczne krwawienie, które ustało po zaszyciu opony. Wypuklości blaszki wewnętrznej usunięto kleszczami kostnemi, wyżłabiając w tem miejscu rynienkę; po założeniu płatu skórno-okostnowego na miejsce zaszyto ranę jak poprzednie bez sączkowania.

Przez pierwsze 3 dni po operacji chory miał 1—2 ataki drgawkowe, w 4-tym dniu w godzinach rannych 5 ataków jeden po drugim w krótkim odstępie czasu; przez podważenie płatu sondą rowkowaną w przestrzeni między 2 szwami skórnemi wypuszczono nieznaczny krwiak utworzony na oponie; dalszy przebieg zupełnie prawidłowy — rana zgojona bez reakcji do 8 dni. Po 4 tygodniowem pobycie na oddziele nerwowym, w czasie którego nie zauważono już więcej napadów, chory na własne żądanie opuścił szpital.

Na podstawie zatem własnych przypadków nie możemy mówić o trwałem wyleczeniu, lub nawet o trwałej poprawie,

gdyż czas obserwacji wymagany do takiego określenia, wynosi od 3—5 lat (Braun, Cuss), jednak poprawa, jaką uzyskaliśmy wskutek operacji, w przypadkach, które nie oddziaływały prawie zupełnie na leczenie objawowe, a zwłaszcza w przypadkach, których stan ogólny z powodu stanu padaczkowego (*status epilepticus*) był bardzo groźny, jest w każdym razie dodatnia i pomyślna dla naszych chorych.

Przypadki nasze zależnie od ich przyczyn (etjologii) podzielić należy na trzy grupy. Pierwszy i drugi należą do typu padaczki, która nie da się bez zastrzeżeń zaliczyć do padaczki wrodzonej, ponieważ wchodzi tu w grę uraz i przebyta choroba zakaźna (ospa), z któremi w związku rozwinęła się padaczka. Wynik leczenia w tych przypadkach, należy odnieść do leczenia przyczynowego, jakiem było niewątpliwie usunięcie naocznie stwierdzonych zmian histo-patologicznych w oponach pajęczych. Do grupy drugiej zaliczyć należy przypadek trzeci, który uważamy za padaczkę wrodzoną, chociaż w późnym wieku powstałą. Wynik dodatni zabiegu odnieść wypada do samego otworzenia jamy czaszkowej, które prawdopodobnie poprawiło warunki krążenia płynu mózgowo-rdzeniowego, i obniżyło ciśnienie śródczaszkowe. W trzeciej grupie wreszcie mieści się przypadek czwarty, który jest typem padaczki urazowej, wywołanej zmianą kostną. Wynik leczniczy zabiegu trudno w tym przypadku ocenić z powodu krótkiego czasu spostrzegania, ze względu jednak na uszkodzenie opony twardej i jej zrosty z kością, co według niektórych autorów jest czynnikiem zmniejszającym dobry wynik operacji, jak i wykonanie zabiegu operacyjnego w dłuższy czas po uszkodzeniu, rokowanie co do zupełnego wyleczenia nie może być zupełnie pewne.

Dobry stan naszych chorych po zabiegu operacyjnym, szybkie i gładkie gojenie się ran po trepanacji, jako też wyraźną poprawę objawów padaczkowych, uważamy za ważny przyczynek do chirurgicznego leczenia padaczki, kładąc przytem nacisk na poruszoną przez nas kwestję wskazań, tj. odpowiedniego doboru przypadków padaczki nadających się do chirurgicznego leczenia.

Zapatrywanie, z którem się jeszcze dziś nawet często spotykamy, że wiercenie czaszki, jako pozostawiające po sobie blizny, musi już samo wywoływać napady padaczkowe, zostało stanowczo przez Kochera odrzucone i przez innych autorów doświadczalnie oświetlone (Tillman), otwieranie więc jamy czaszkowej przy odpowiedniej technice operacyjnej nie może być czynnikiem, ograniczającym leczenie chirurgiczne padaczki.

Wreszcie i wielkie statystyki rozmaitych chirurgów, wykazały, że procent śmiertelności zależny od samego zabiegu jest minimalny, (Kocher, Graf, Mathiolin, Tillman), więc i ten wzgląd, wobec ciężkiego i opornego nieraz wszelkiemu objawowemu leczeniu cierpienia, nie powinien wpływać na ograniczenie wskazań operacyjnych.

Z praktyki.

F. Obarski. Warszawa.

Stosowanie pyramidonu w przebiegu duru brzusznego.

Z oddziału dra Chełmońskiego w szpitalu Dz. Jezus.

(Spostrzeżenia z praktyki).

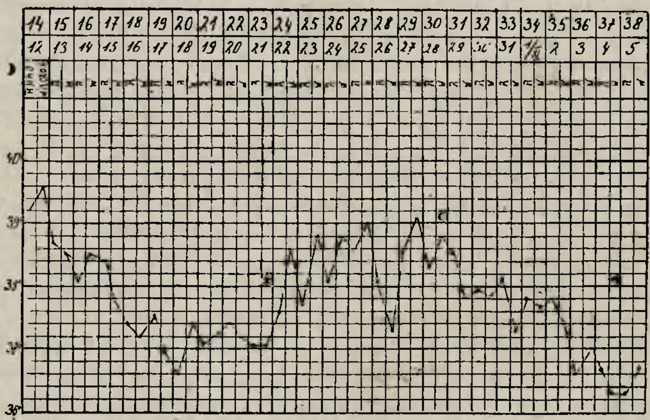
Działanie pyramidonu w przebiegu duru brzusznego wogóle jest bardzo korzystne, w niektórych przypadkach w takim nawet stopniu, że wielu autorów przypisuje mu pewną swoistość. Moritz szczególnie poleca ten sposób leczenia duru brzusznego. W licznych sprawozdaniach o leczeniu duru brzusznego stale zaznaczany bywa, prócz wpływu na ciepłotę, wpływ bardzo dodatni na stan psychiczny chorych. Chorzy majaczący odzyskują zupełną przytomność i zatracają niemal poczucie choroby. Niepokój ruchowy słabnie lub ustępuje zupełnie, chorzy leżą spokojnie w łóżku, ustępuje senność. Niektórzy utrzymują, że wpływ kojący pyramidonu zależy nietylko od działania przeciwgorączkowego, bo w takich przypadkach, w których pyramidon nie zdołał wydatnie obniżyć ciepłoty, widać było skuteczny wpływ działania jego na stan chorego: ustępował niepokój ruchowy, wracała przytomność. Schürer zaznacza bardzo korzystny wpływ pyramidonu na korę mózgową. W przebiegu duru brzusznego ciśnienie wewnątrzczaszkowe często jest podniesione. Podług Webera pyramidon wpływa dodatnio na obniżenie ciśnienia, panującego wewnątrz czaszki i, działając łagodząco na stany podniecenia, jednocześnie nie potęguje senności i apatji, przeciwnie chorzy apatyczni zaczynają interesować się tem, co się wokoło dzieje. Podług Valenti-ni'go pyramidon stosuje się w dawkach po 0,1—0,2 co 1—2 godziny przy stałej kontroli ciepłoty, dzięki czemu można uniknąć znaczniejszych wahań ciepłoty, bo wysokość dawki określa się nie według wysokości ciepłoty, lecz według wpływu na nią. Siebeck przy ostrożnem stosowaniu pyramidonu nie spostrzegał ujemnego działania jego, przeciwnie wyniki otrzymywał dodatnie: chorzy stawali się raźniejsi, lepiej oddychali, chętniej przyjmowali pokarmy, piecza nad chorymi stawała się łatwiejsza. Oddzielne obserwacje upoważniają Siebecka do mniemania, że dzięki pyramidonowi obniża się chorobowo wzmożona przemiana materji. Do zachowania wagi ciała podczas stosowania pyramidonu potrzeba 3000 ciepłostek, bez pyramidonu 4000. W celu zapobiegania zapaściom, które zdarzają się podczas kuracji pyramidonem, autor stosuje zapobiegawczo naparstnicę. Moritz, szczególnie polecający to leczenie, zaleca zamiast większych dawek (w celu uniknięcia zapaści) mniejsze po 0,1 co 2 godziny; w ten sposób pyramidon można w ciągu szeregu dni do 10 razy na dobę stosować. Niektórzy autorowie (Benecke) przy stosowaniu pyramidonu spostrzegali obfite i nieprzyjemne poty. U niektórych chorych już po 0,1 występowało obniżenie ciepłoty o 2^0—$2^1/_2{}^0$, a po 0,2 o 5^0—4^0 ze znaczną zapaścią. John podaje 58 przypadków duru brzusznego, leczonych pyramidonem, wśród których 38 było ciężkich. W jednym przypadku, po 2 dniach stosowania pyramidonu w ilości 0,15 co 3 godziny, sensorium znacznie się wyjaśniło i nastąpiła widoczna poprawa. Również spostrzegał dobry wynik u 9 nieprzytomnych chorych. Autor dawał 0,15 pyramidonu co 3 godziny. Z liczby 54 chorych 4 zmarło (7,4% śmiertelności). Ciepłota obniżała się o 2·5—4^0 i wogóle utrzymywała się między 37·5^0 - 38·5^0. Allenbach ze Strasburga stosował pyramidon regularnie po 0,1 co $1^1/_2$ godziny i był zadowolony z dodatniego wpływu jego na ciepłotę i stan ogólny.

Stosowaliśmy pyramidon w 60 przypadkach duru brzusznego. Większość stanowili chorzy z oddziału dra Chełmońskiego, mniejszość ze szpitala epidemicznego, urządzonego przez władze wojskowe niemieckie w Serocku w roku 1915. W liczbie 60 chorych na dur brzuszny mężczyzn było 10, kobiet 25 i dzieci 25. Pyramidon stosowałem w rozczynie 1.0—150 z dodaniem 1.0—2.0 kofeiny (w celu uniknięcia zapadu) lub w zawiesinie kamforowej po łyżce stołowej, co 2 godziny w dzień i w nocy, u dzieci łyżeczkę w ten sam sposób. Ciepłota obniżała się od 0·5^0 do 3. W 10 przypadkach były powikłania (16.6%): raz zapalenie płuca u mężczyzny, raz zapalenie płuca u kobiety, zapalenie płuc u trojga dzieci, zapalenie ropne gruczołu przyusznego u kobiety, zapalenie ucha wewnętrznego u kobiety, 3 krwotoki kiszkowe u kobiet (5%). Z pośród 60 chorych 2 zmarło, kobieta z powodu krwotoku kiszkowego i dziecko z powodu zapalenia płuc. Śmiertelność więc wyniosła 3·3%.

Podczas stosowania innego rodzaju kuracji śmiertelność podług Ludke'go wynosiła 4·3%, Strümpell'a 11% (krwotoki kiszkowe 9·5%, a w niektórych epidemjach do 18%), Allenbacha 11%—12%. Liebermeister podaje w 7·3% przypadków krwotoki kiszkowe.

Na załączonej krzywej widać bardzo wyraźny wpływ pyramidonu na ciepłotę. Po zastosowaniu pyramidonu w godzinach popołudniowych C^0 obniżyła się następnego rana do 38·7^0, w ciągu następnych dni obniżyła się bardziej i utrzymywała się na niskim poziomie. Po 10 dniach przerwałem stosowanie pyramidonu; ciepłota podnosi się i dochodzi do 39^0. Po 7 dniach przerwy w stosowaniu pyramidonu, znowu go podałem, poczem ciepłota obniżyła się do 37·9^0 i coraz niżej aż do normy. Po 6 dniach stosowania pyramidonu znowu go odstawiłem, tym razem już ciepłota nie podniosła

się i, aż do opuszczenia szpitala przez chorą była prawidłowa. Przypadek należał do cięższych.



	Przeciętnie spadała ciepłota do normy	Najdłużej utrzymywała się podniesiona ciepłota przy pyramidonie	Najkrócej stosowano pyramidon do spadku do normy	Nawrót
Mężczyźni	22 dnia choroby, a 9-go dnia stosowania pyramidonu	do 28 dnia choroby	6 dni	1
Kobiety	20 dnia choroby, a 8-go dnia stosowania pyramidonu	do 36 dnia choroby	7 dni	
Dzieci	21 dnia choroby, a 10-go dnia stosowania pyramidonu	do 34 dnia choroby	5 dni	

Niekiedy ciepłota obniżała się etapami: po zastosowaniu pyramidonu z 40·1° spada do 39·6°, przez ciąg 3 dni waha się między 39°—39·6°, przez 6 następnych dni między 38°—39°, przez 5 następnych dni między 37·1°—38° i wreszcie 22 dnia choroby spada do normy. W okresie wahań niejednokrotnie widywałem mniejsze różnice między ciepłotą ranną i wieczorną. W jednym przypadku nawrotu już nie spostrzegałem tak dodatniego wpływu pyramidonu na ciepłotę, jak podczas przebiegu samego duru. Dotyczyło to mężczyzny, który w 9-tym dniu choroby przybył do szpitala. Po zastosowaniu pyramidonu ciepłota z 40·4° obniżyła się do 37·9° i przez ciąg 13 następnych dni utrzymywała się na wysokości 37·8°—38·6°. 20 dnia choroby pyramidon odstawiono. Po upływie 8 dni bez gorączki, ciepłota zaczęła się podnosić i wkrótce dosięgła do 39·6°. Pyramidon już nie okazywał dodatniego wpływu na ciepłotę, bo, po chwilowym spadku do 37·4°, w ciągu 10 następnych dni wahała się od 38·3° do 39·9°, poczem zaczęła powoli obniżać się i 18. dnia była już normalna. W niektórych przypadkach, po podaniu pyramidonu, ciepłota obniżała się znacznie już następnego dnia, w innych 2—3 dnia następowało obniżenie jej. Działanie pyramidonu korzystnie odbijało się i na tętnie, które z miękkiego, nierównego, częstego stawało się twardszem, równiejszem, wolniejszem. Dwubitność tętna, która często zaznacza się w przebiegu duru, ustępowała.

Przytoczę pokrótce 4 historje chorób:

1. Chora Z, lat 23, przyjęta d. 2. VI. 14 r. ze skargami na bóle głowy, brzucha, ogólne osłabienie. Stan obecny: brzuch bolesny, śledziona powiększona. 30/VI. wypisana zdrowa.

2. Chora K. S, lat 16, przyjęta do szpitala d. 10. XII. 13 r. Skargi: bóle głowy, brzucha. Stan obecny: bolesność brzucha, powiększenie śledziony, różyczka. 15. XII. krwotok kiszkowy, niezbyt obfity. Wypisana jako zdrowa.

T A B L I C A Nr. 1.

Data	Dzień choroby	Ciepłota rano	Tętno	Oddech	Ciśnienie skurczowe	Białe ciałka	Neutrofile	Eozynofile
3/VI	22	40°	110	28	109	4000	46%	2%
5/VI	24	37°5'	100	24	109	3200	31%	2%
8/VI	27	37°	90	22	109	5000	58%	2%

T A B L I C A Nr. 2.

Data	Dzień choroby	Ciepłota rano	Tętno	Oddech	Ciśnienie skurczowe	Białe ciałka	Neutrofile	Eozynofile
11/XII	11	40°	120	28	120	4300	46%	—
15/XII	15	37°	100	24	115	5000	70%	1%
20/XII	20	37°8'	100	24	115	6200	46%	1%
23/XII	23	37°	90	20	115	7000	65%	1%

3. Chora O. S., lat 30, przyjęta 4. XII. 13 r. w stanie nieprzytomnym. 10. XII. przytomna. 20. XII wypisana jako zdrowa.

4. Chora W. Z., lat 15. przyjęta d. 26. IV. 14 r. Skargi: bóle brzucha, bóle w lewym boku. Stan obecny: Na całej klatce piersiowej liczne furczenia i świsty, różyczka, śledzona powiększona. 28. IV. zapalenie lewego płuca zrazikowe. 2. VI. wypisana, jako zdrowa.

T A B L I C A Nr. 3.

Data	Dzień choroby	Ciepłota rano	Tętno	Oddech	Ciśnienie skurczowe	Białe ciałka	Neutrofile	Eozynofile
5/XII	18	39°3'	100	30	85	5500	70%	1%
8/XII	21	38°	90	26	85	4200	70%	1%
11/XII	24	36°5'	90	24	120	6000	72%	1%

T A B L I C A Nr. 4.

Data	Dzień choroby	Ciepłota rano	Tętno	Oddech	Ciśnienie skurczowe	Białe ciałka	Neutrofile	Eozynofile
26/IV	11	40°	112	30	95	2900	45%	—
28/IV	13	39°6'	120	32	95	17400	49%	1%
30/IV	15	39°	118	30	95	6000	53%	2%
8/V	23	37°	100	24	120	4000	60%	2%

Wyniki badań, umieszczone w pierwszych wierszach każdej tablicy, dotyczą okresu przed zastosowaniem pyramidonu, w następnych już — po podaniu.

Jak widać z załączonych tablic, pyramidon, obniżając ciepłotę, dodatnio wpływa na częstość oddechów (tab. Nr. 2), ciśnienie skurczowe ulegało nieznacznym zmianom (tab. Nr. 2) lub też trzymało się na poziomie bliskim normy (tab. Nr. 1), a nawet podnosiło się (tab. Nr. 3—4). Ilość białych ciałek stale się zwiększa (tab. Nr. 1—2—3), neutrofilów również (tab. Nr. 2—3—4); eozynofile, których obecności pierwsze badania nie stwierdzają (tab. Nr. 2—4), w następowych badaniach już się zjawiają. Jeżeli zaś od początku stwierdzano obecność eozynofilów, i wszystkie następne badania wykazywały je (tab. 1—3). W tablicy 4-tej drugie badanie daje 17.400 białych ciałek. Tłómaczy się to powikłaniem ze strony płuc (zapalenie płuca zrazikowe). Mimo, że wielu autorów wypowiada zdanie, że pyramidon nie skraca czasu trwania choroby, wyniki, otrzymane przezemnie, upoważniają mię do twierdzenia, że leczenie pyramidonem skraca czas trwania choroby; przeciętnie stan gorączkowy trwał 20—22 dni, tylko w przypadkach bardzo ciężkich i powikłanych pyramidon nie wpływał na skrócenie przebiegu choroby. Badając systematycznie krew, mogłem dojść do wniosku, że zwiększanie się ilości białych ciałek, neutrofilów, obecność względnie pojawienie się eozynochłonnych, poczytywać należy za oznaki dobrego zejścia choroby.

Według spostrzeżeń moich i innych autorów, leczenie pyramidonem dodatnio wpływa na łagodzenie lub osłabienie objawów chorobowych duru brzusznego, zwłaszcza, jeżeli chodzi o przypadki niepowikłane. Leczenie pyramidonem uważanym przez niektórych za lek swoisty w durze brzusznym, jako łatwe do przeprowadzenia, może znaleść zastosowanie w małych szpitalach na prowincji i w mieszkaniach prywatnych, o ile chorzy mogą znajdować się przez cały czas choroby pod obserwacją lekarza. Leczenie pyramidonem zaczynać można każdego dnia choroby i wynik jej nie zależy od dnia rozpoczęcia. Wiadomo, że chorzy na dur brzuszny nie zgłaszają się wogóle wcześnie ani do szpitala, ani do lekarza, co ma znaczenie np. podczas leczenia duru innemi metodami (szczepionki, surowice) a niema natomiast znaczenia w leczeniu pyramidonem.

Piśmiennictwo:

Allenbach. M. m. W. N. 18. 1914. Moritz. Strassburg. m. Ztg. 1908 H. 1. — Schürer. B. kl. W. 1919 — 337. Siebeck. M. m. W. Nr. 50, 17 r. — Benecke. M. m. W, Nr. 22, 12. — John. M. m. W. Nr. 18, 12 r. — Strümpell. Handbuch der inner. Med. 1911.

Sprawozdania poglądowe

Doc. Dr. K. Bocheński. Lwów.

O leczeniu środkami koloidowemi oraz nieswoistemi ciałami białkowemi w położnictwie i ginekologji.

(Dokończenie)

II. Wysięki zapalne przy i około maciczne.

W przypadkach przewlekłego zapalenia tkanki przy i okołomacicznej stosowaliśmy przeważnie mleko, w ostatnich kilku przypadkach kaseosan. Wszystkich przypadków mieliśmy dotychczas 14. Z tych na mleko przypada 10, na kaseosan 4. Co do wyników należy tutaj być ostrożnym, ponieważ chore, dotknięte tem cierpieniem leżały spokojnie przez kilka a nawet kilkanaście tygodni. Tak długi okres czasu przy spokojnem leżeniu mógł już sam przez się wpłynąć korzystnie na wchłanianie i stopniowe zmniejszanie się wysięku. W przypadkach o przebiegu przewlekłym brak było częstokroć po wstrzyknięciu mleka podniesienia się ciepłoty, albo też ciepłota podnosiła się dopiero w kilka dni po wstrzyknięciu. W innych przypadkach podniesienie ciepłoty występowało dopiero po szeregu wstrzyknięć. W ogólności zaś podniesienie ciepłoty występowało przeważnie przy zastosowaniu mleka już po 1 ccm. Natomiast wstrzykiwanie kaseosanu wpłynęło korzystnie na przebieg ciepłoty tylko w dwóch przypadkach.

Pozatem występował odczyn ogólny w postaci wybitnej senności, zwłaszcza po kaseosanie, ogniskowo zaś można było zauważyć prawie we wszystkich przypadkach zwiększone nasilenie bólów w podbrzuszu. Po upływie 24 godzin bóle te zwykle ustawały zupełnie.

W dwóch przypadkach zapaleń przymacicza, powikłanych obfitemi krwawieniami, wstrzyknięcie mleka wpłynęło korzystnie na zmniejszenie się a nawet ustanie krwawienia. W jednym przypadku rozległego wysięku przy i okołomacicznego o stanie ogólnym bardzo ciężkim, gdzie brak było wszelkiego odczynu ogólnego i ogniskowego, po 8 wstrzyknięciach mleka zmalał wysięk do małych tylko resztek a badaniem nadto można było stwierdzić zdumiewającą wprost poprawę co do ruchomości macicy. Chora ta leżała 2 miesiące. W jednym przypadku po drugiem wstrzyknięciu 10 ccm mleka po przerwie 4-ro dniowej wystąpiły objawy nadwrażliwości a to pod postacią bicia serca, bladości, rozszerzenia źrenic, wymiotów i przyśpieszenia tętna. Chora ta więcej wstrzyknięć nie otrzymała. Mimo to można było stwierdzić bardzo wybitną poprawę. Powłoki brzuszne zwiotczały a wysięk zmalał znacznie, stał się nieco ruchomy i w niektórych miejscach okazywał chełbotanie.

Terpentynę stosowaliśmy tylko w jednym przypadku wysięku okołomacicznego, sięgającego 2 palce powyżej pępka, twardego, nieruchomego, bardzo bolesnego. Po 18 wstrzyknięciach dokonanych w ciągu 3 miesięcy wysięk zmalał bardzo znacznie. Dla porównania stosowaliśmy w analogicznych przypadkach ciepło pod postacią kataplazmów, termoforów lub też aparatu *Polana*. Wyniki tym sposobem leczenia nie były gorsze od wyników podanych wyżej. Również zauważyć musimy, że wspomniane preparaty uie wpływały na przyśpieszenie procesu wchłaniania wysięku.

W jednym przypadku rozległego wysięku, powikłanego zakrzepem w żyle udowej prawej i zmianami zapalnemi w stawach, z ciepłotą o przebiegu przerywanym, dochodzącą powyżej 39°, wstrzykiwaliśmy kolejno elektrargol i mleko. Po szeregu wstrzyknięć nastąpiło zropienie powierzchownych warstw wysięku. Podobne zropienie wysięku spotykaliśmy atoli również po zastosowaniu ciepła.

III. Sprawy zapalne przydatków macicy.

Takich przypadków mieliśmy 20. Z tych leczyliśmy 5 zapomocą mleka, 4 kaseosanem, 11 zaś terpentyną. Podobnie jak w przypadkach przewlekłych schorzeń przymacicza wywoływało mleko i w tych cierpieniach o przebiegu podostrym względnie przewlekłym tylko nieznaczny odczyn ogólny w postaci stanów podgorączkowych i ogólnego osłabienia. Ogniskowo zaś dawało się stwierdzić większe nasilenie bolów. W przypadkach nieznacznych zmian zapalnych, gdzie nie przyszło jeszcze do wytworzenia się guzów, można było zauważyć korzystny wpływ stosowania białka w tem znaczeniu, że zgrubiałe poprzednio przydatki szybko się zmniejszały, tak że zaledwie dały się wybadać lub też były zupełnie niebadalne. Chore czuły się znacznie lepiej. W tych zaś przypadkach, w których od pierwszej chwili mieliśmy do czynienia z dużemi guzami przydatków, brak było jakiegokolwiek wpływu na kliniczny przebieg tego cierpienia. W jednym przypadku lewostronnego ropniaka trąbki wielkości 2 dużych pięści otrzymała chora 9 wstrzyknięć mleka po 7—10 ccm na dawkę. Pierwsze wstrzyknięcia przebiegały bez jakichkolwiek objawów. Dopiero po piątem wstrzyknięciu pojawiły się podniesienia ciepłoty powyżej 38°, brak było natomiast bolów ogniskowych. Badanie przedmiotowe wykazało guz tej samej wielkości co poprzednio, lecz więcej ruchomy. Wobec bezskuteczności leczenia przystąpiono do zabiegu operacyjnego, przy którym guz trąbkowy dał się z łatwością wyłuszczyć z luźnych zrostów.

Z czterech przypadków leczonych kaseosanem dwa były później operowane, dwa są jeszcze w leczeniu. U jednej chorej z obustronnemi dużemi guzami przydatków, u której zastosowano 5 wstrzyknięć dożylnych kaseosanu od 0.25—1 ccm, nie można było zauważyć najmniejszej nawet poprawy. Operacyjnie usunięto oba guzy przydatków. I w tym przypadku również zrosty z narządami sąsiedniemi były bardzo luźne i łatwo dały się oddzielić.

Drugi przypadek operacyjny dotyczy chorej ze zmianami nieżytowemi obu szczytów i dużemi obustronnemi guzami przydatków. Chora ta cierpiała na uporczywe bóle

w podbrzuszu i krwawienia maciczne od dłuższego czasu. Po pierwszych dwóch wstrzyknięciach 7 ccm mleka w przerwie 4-ro dniowej, guzy zmniejszyły się nieco, krwawienie ustało, chora czuła się lepiej, stan był bezgorączkowy. Badanie krwi wykazało zwiększenie się leukocytozy z 10 na 16.000. Zwiększenie to wystąpiło w 2 godziny po wstrzyknięciu i utrzymywało się przez 8 godzin. Zmiany jakościowe krwi zaznaczyły się powiększeniem się ciałek obojętnochłonnych z przesunięciem na lewo obrazu Arnetha. W 24 godzin po wstrzyknięciu i w 4-ry dni następne można było stwierdzić powiększenie się ilości komórek tucznych do 2%. W drugim tygodniu pobytu na klinice otrzymała chora trzy wstrzyknięcia kaseosanu, pierwsze w ilości 0.5 ccm śródmięśniowo bez reakcji, następne zaś dwie dożylnie w ilości 0.25 i 0.5 ccm. Już po drugiem wstrzyknięciu zaczęła się ciepłota podnosić do 38°, nasilenie bolów wzrosło, chora zaczęła krwawić obficie, przytem wystąpiły nocne poty i uporczywy kaszel. Badanie wewnętrzne wykazało pogorszenie, guzy obok macicy wzrosły w dwójnasób prawie. Wobec tego zaniechano dalszych wstrzyknięć. Przez szereg następnych dni stan chorej ciągle się pogarszał, ciepłota wieczorem dochodziła do 38·5°. Zabieg operacyjny u tej chorej zakończył się laparatomją próbną, cała bowiem otrzewna jakoteż guzy w miednicy małej pokryte były drobnemi szaro-żółtemi guzkami. W tym przypadku, jak widzimy, wstrzyknięcie białka wpłynęło ujemnie na sprawę swoistą i przyczyniło się tylko do rozdmuchania ogniska gruźliczego. W dwóch dalszych przypadkach, będących jeszcze w leczeniu, nie można było również stwierdzić poprawy klinicznej, mimo że odczyn krwi i odczyn ogniskowy po każdorazowem wstrzyknięciu wybitnie występują.

Inaczej przedstawia się sprawa z działaniem terpentyny. Jak już wspomniałem, stosowaliśmy ją w 11-tu przypadkach. Sprawa zapalna w tych przypadkach polegała przeważnie na zakażeniu rzeżączkowem, co w 9 przypadkach dało się stwierdzić wykazaniem dwoinek Neisserowskich w wydzielinie szyjki. Dwa przypadki nie okazywały pewnej etjologji. Stosowano w tych przypadkach injekcje terpentyny co 4 dni śródmięśniowo lub podokostnowo w okolicy 2 palce poniżej grzebienia kości biodrowej w linji pachowej tylnej (Klingmüller) po 1 ccm wspomnianej mieszanki. W ciągu całego leczenia otrzymywały chore przeciętnie 15—20 wstrzyknięć. Co do odczynu ogólnego to w przeważnej liczbie przypadków występował bardzo słabo. Ciepłota zwykle się nie podnosiła. Tylko w dwóch przypadkach już po kilku wstrzyknięciach chore zaczęły gorączkować do 39°, bóle znacznie się zwiększyły a i klinicznie żadnej poprawy stwierdzić nie było można. Natomiast odczyn krwi we wszystkich 11 przypadkach pojawiał się stale. Odczyn ogniskowy w postaci słabych bolów występował nie zawsze i nie o jednakowem nasileniu. Miejscowo zaś w niektórych przypadkach można było stwierdzić bolesność w miejscu wstrzyknięcia, zwłaszcza w przypadkach, gdzie wstrzykiwano podokostnowo.

Natomiast bardzo wybitna i uderzająca wprost była zmiana stanu podmiotowego chorych, które po każdem niemal wstrzyknięciu podawały, że się czują zdrowsze i silniejsze. W żadnym przypadku nie wystąpiła senność, jak to spostrzegaliśmy po wstrzyknięciach kaseosanu, chore przybywały szybko na wadze i ogólny ich stan rychło się poprawiał. Klinicznie nadto we wszystkich 9-ciu przypadkach można było stwierdzić bardzo znaczną i wybitną poprawę. Guzy przydatków już po kilku wstrzyknięciach bardzo wyraźnie malały, zwykle odzyskiwały ruchomość, o ile przedtem były obmurowane wysiękiem zapalnym. Jeden przypadek jednostronnych zmian zapalnych przydatków, mimo poprawy po 6 wstrzyknięciach, był operowany z powodu silnych bolów i nieustających krwawień. W czasie operacji stwierdzono duży guz trąbkowy, otoczony luźnemi zrostami, które łatwo dały się oddzielić, tak że wydobycie guza w całości nie napotkało na większe trudności. Na objaw ten zwracam uwagę dlatego, że rozluźnienie zrostów spostrzegali już inni autorowie (Klingmüller, Fuchs), ale tylko po terpentynie. W naszych zaś 3 przypadkach operowanych, gdzie stosowano w jednym mleko, w drugim kaseosan, a w trzecim wreszcie terpentynę, stwierdzono zawsze w czasie operacji naokoło guzów przydatków bardzo luźne zrosty. Notuję ten fakt, stwierdzony w czasie operacji, nie przesądzając, czy wstrzyknięcia wspomnianych preparatów wpłynęły rzeczywiście na rozluźnienie zrostów.

Przypadki nasze stwierdzają, że doraźny wynik leczniczy po terpentynie jest korzystny. Okoliczność tę podnoszą i inni autorowie, jak n. p. Caro, który poleca terpentynę, jako środek wspomagający leczenie zakażenia rzeżączkowego narządu moczopłciowego. Atoli dalsze spostrzeganie naszych chorych, które badaliśmy dla kontroli w czasie kilka a nawet kilkanaście tygodni po opuszczeniu kliniki, wykazało, że działanie terpentyny nie wystarcza na dłuższą metę. Guzy przydatków, które w czasie leczenia znacznie się zmniejszyły a niejednokrotnie nawet zupełnie znikały, po pewnym czasie znów można było wykazać. Niejednokrotnie zauważyliśmy już podczas leczenia, że, kiedy sprawa zapalna po jednej stronie ustępowała doraźnie — równocześnie występowało zaostrzenie sprawy po drugiej stronie, co można było wykazać badaniem wewnętrznem. Jest to dowodem, że odporność uzyskana, zwłaszcza przy rzeżączce, stosowaniem bodźców nieswoistych, jako nieswoista nie trwa długo. Stosowanie w tych przypadkach arthigonu, jak wykazują nasze doświadczenia kliniczne, daje przecież trwalsze wyniki.

Wobec tego nasuwa się myśl, czy kombinowane leczenie obu sposobami nie skierowałoby wreszcie naszego leczenia rzeżączki na właściwą drogę. Przypuścić bowiem należy, że bodźce nieswoiste zmieniłyby tak dalece odczyn poszczególnych tkanek, że w ten sposób przygotowałyby niejako odpowiednie podłoże do korzystniejszego i energiczniejszego działania leku swoistego, a przez zesumowanie się podniet efekt leczniczy powinien przecież być wybitniejszy. W myśl tego rozumowania rozpoczęliśmy w klinice podobne leczenie.

Tyle co do wyników leczniczych w ginekologji wspomnianemi środkami.

Dla uzupełnienia wspomnieć jeszcze muszę o odczynie krwi, jaki występował w naszych przypadkach. Odczyn ten polegał na zmianach ilościowych i jakościowych krwi. W przeważnej ilości przypadków dała się zauważyć faza negatywna, która w naszych przypadkach występowała już w 15 minut po injekcji i trwała przez godzinę. Spadek leukocytozy wynosił przeciętnie 3—4000. Po godzinie podnosiła się leukocytoza przeciętnie o 5—6000 i utrzymywała się na tej wysokości zwykle przez 6—7 godzin, atoli nie we wszystkich przypadkach równie długo. W niektórych przypadkach jeszcze w 24 godzin po wstrzyknięciu można było stwierdzić leukocytozę bardzo wyraźną. Jakościowo w pierwszych godzinach po wstrzyknięciu stwierdzić się dawało zwiększenie ciałek białych obojętnochłonnych z wyraźnem przesunięciem obrazu krwi na lewo (obliczenie według Schillinga) — natomiast pod koniec reakcji prawie stale występowało procentowe zwiększenie się limfocytów do 42% i ciałek eozynochłonnych niekiedy nawet do 13·5%. Pomimo zwiększenia się ciałek eozynochłonnych nie zauważyliśmy ujemnego wpływu stosowanego środka na przebieg kliniczny choroby. Spostrzeżenie to nie potwierdza więc zdania Kleeblatta, który doszedł do przeciwnych wyników. Tenże autor także twierdzi, że zmiany w jakościowym składzie krwi po wstrzyknięciu mleka trwają przeciętnie do dni 5-ciu i radzi stosować następne wstrzyknięcia dopiero wtedy, gdy obraz krwi po wstrzyknięciu jest zbliżony do obrazu przed wstrzyknięciem, czyli gdy reakcja już minęła. W celu przekonania się o prawdziwości tego twierdzenia badaliśmy w niektórych przypadkach krew przez czas dłuższy, a w jednym nawet przez 22 dni, systematycznie co dzień, oznaczając jakościowy skład krwi. Badanie krwi wykazało wybitne zwiększenie się limfocytów, które stopniowo wzrosło aż do 42% 10-go dnia i trwało aż do 22-go dnia po pierwszem wstrzyknięciu. Ciałka eozynochłonne z początku zmniejszyły się procentowo i dopiero po 13 dniach podniosły się z 0·5 na 6%. Zauważyć się dało w tym przypadku zwiększenie się najpierw i to w pierwszej linji limfocytów a dopiero później ciałek eozynochłonnych. Klinicznie zaś przypadek tu przebiegał bardzo korzystnie i z rozległego wysięku zapalnego po 4 tygodniach pozostały zaledwie wybadalne ślady. Nie możemy się więc zgodzić z twierdzeniem Klee-

blatta, jakoby obraz krwi stale już po 5 dniach wracał do stanu przed wstrzyknięciem, gdyż w naszym przypadku jeszcze w 4-tym tygodniu można było wykazać wyraźne wahania jakościowe krwi.

Streszczając nasze spostrzeżenia, możemy powiedzieć, że wybitnej różnicy w działaniu poszczególnych środków w naszych przypadkach nie można było stwierdzić. Ogólny odczyn organizmu, jaki niejednokrotnie o różnem nasileniu u różnych chorych występował, zdaje się więcej zależeć od ogólnego stanu konstytucjonalnego chorych, aniżeli od jakości środka. Zauważyć dalej należy, że w przypadkach naszych bardzo rzadko tylko mogliśmy wykazać zupełną równoległość między odczynem ustroju a wpływem danego preparatu na kliniczny przebieg choroby. Wreszcie możemy powiedzieć, że bez względu na jakość środka w przypadkach lżejszych mogliśmy zawsze stwierdzić korzystne jego działanie. Działanie to uważać należy za działanie pośrednie, polegające na pobudzeniu organizmu do silniejszego oddziaływania i uruchomieniu sił ochronnych, tkwiących w organizmie. W myśl tego wskazane jest jak najwcześniejsze stosowanie środka pobudzającego, dopóki organizm posiada zdolność reakcji i samoobrony.

Przegląd piśmiennictwa.

Choroby wewnętrzne.

Archives of Internal Medicine.

T. 29. Luty 1922. Nr. 2.

C. F. Hoover. **Zwężenie krtani i oskrzeli przyczyną rozedmy płuc.** Autor przeprowadził szereg badań na psach, u których w różnych miejscach tchawicy i oskrzeli umieszczał przeszkody dla wdechu i wydechu, sprawiał kurcz oskrzelików zapomocą histaminy a przyśpieszenie oddechu przez zatruwanie dwutlenkiem węgla; zapisywano graficznie ciśnienie wśródopłucnowe i ruchy oddechowe.

Okazało się, że przeszkoda działająca równomiernie w czasie wdechu i wydechu, nie wywołuje nigdy przedłużonego wydechu, gdyż mięśnie wydechowe mogą przez swoją siłę znaczniej jeszcze ściągnąć płuca niż wdechowe je rozciągnąć. Stąd to powietrze wdechiwane może być wydalone w przeciągu czasu równie długim. Jeżeli przeszkoda w tchawicy lub w oskrzelach równomiernie rozdzielona jest większa podczas wydechu, wtedy powiększa się ilość powietrza w płucach zalegającego czyli powstaje rozedma, ale tylko podczas znacznego przyśpieszenia oddechów, ponieważ wtedy znaczny przymus oddechowy nie pozwala na swobodne wydalenie wszystkiego wdychiwanego powietrza. To samo odnosi się do sztucznego kurczu oskrzelików po histaminie, który tylko w łączności z przyśpieszeniem oddechów powoduje rozedmę. Spostrzeżenie kliniczne (chory z tętniakiem tętnicy głównej, tylko podczas leżenia na grzbiecie uciskającym lewe oskrzela i przeszkadzającym najwięcej podczas wydechu) i doświadczenie pozwalają przypuszczać, że w powstawaniu rozedmy gra często dużą rolę nierównomiernie w płucach rozłożony opór dla wydechu.

S. Fineman. **Rozważania nad białaczką »mikrolimfocytoidową«.** W walce, toczącej się między obozem unitarystów (Pappenheim, Grawitz, Ferrata, Downey i i.) a dualistów (Naegeli, Türck, Schridde i i.), autor niniejszej bardzo szczegółowej pracy przychyla się do obozu pierwszego. Przytacza opinję Naegelego, jakoby po zróżniczkowaniu się komórek macierzystych obu układów — szpikowego i limfatycznego — myeloblastów i limfoblastów, nie istniało żadne przejście między nimi, metaplazja zaś szpikowa, w gruczołach chłonnych czasem spotykana, nie powstaje ani w mieszkach, ani ośrodkach rozrodczych, tkance czysto limfoidalnej, tylko w tkance międzymieszkowej, posiadającej już z góry pewien element szpikowy. Naegeli podaje też liczne cechy odróżniające obie główne komórki macierzyste. I tak limfoblasty mają mieć: 1) mało chromatyny, 2) do dwóch jąderek, (myeloblastów), 3) ziarnistości Altmann-Schriddego, 4) nie dają odczynu indofenolowego oksydaz. Autor dowodzi na podstawie obszernej literatury, że wszystkie te sprawozdania są fałszywe, że nie tylko powyższe cechy można spotkać u myeloblastów, ale, że często też widzi się zupełnie wyraźnie przejścia. Sam przypadek opisany przez autora nastręczył mu materjału do poparcia swej tezy:

Obserwował przez 4 miesiące młodą dziewczynę z białaczką, opisywaną już przez Citrona, jako «mikromyeloblastyczna«. We krwi stwierdzono ilość leukocytów, zmieniającą się od 2.300 do 660.000 (bezpośrednio przed skonem). Wahania zależały od naświetlań Rentgenem, ale i niezależnie od R. zmieniała się liczba leukocytów o 28.000 na 24 godzin. Ze wzrostem ogólnym szedł w parze spadek obojętnochłonnych a wzrost ciałek zupełnie odpowiadających mikromyeloblastom Naegelego, a komórkom macierzystym (Stamm-Zelle) Pappenheima.

Obecne były też czerwone jądrzaste i myelocyty, jako wyraz anemji (liczba ciałek czerwonych i hemoglobiny spadała stale).

Śledziona była stale powiększona, znacznie zaś powiększone gruczoły szyjne i migdałki zmniejszyły się znacznie po naświetleniach. Zalecany przy białaczce przez Haghwot'a i Azuzano będźwinian benzolu nie wywarł żadnego wpływu. Przetaczanie krwi zdawało się pomagać. Ciekawe jest, że pod koniec życia czerwone ciałka, dotąd blade i nieregularne, stały się czerwone i okrągłe. Autor przypuszcza, że chora żyła z przetaczanych ciałek i przytacza na poparcie spostrzeżenie Ashbyego, że przetaczane komórki mogą żyć do 30 dni. Szczepienia krwi na zwierzęta pozostały bezowocne, wahania jednak ciepłoty i ilości ciałek białych nasunęły przecież przypuszczenie o etjologji zakaźnej. Znalezione we krwi nieprawidłowe ciałka nie dawały odczynu oksydaz, zresztą były najzupełniej podobne do myeloblastów, można zaś było znaleść postacie przejściowe do prawidłowych limfocytów także obecnych. Autor uważa je tedy za komórki macierzyste dla obu układów.

C. H. Bigelow. **Wśródskórne odczyny przy płatowem zapaleniu płuc.** W pewnych przypadkach płatowego zapalenia płuc można otrzymać skórne odczyny po wśródskórnem szczepieniu autolizowanych solnych roztworów lub przekroplonych wodnych zawiesin różnych typów pneumokoków. Odsetek dodatnich wyników jest jednak dotąd zbyt mały, by metoda mogła służyć jako wskaźnik dla leczenia surowicami.

C. C. Sturgis, F. W. Peabody, F. C. Hall i F. F. Fremont-Smith. **Kliniczne badanie nad oddychaniem.** Zdrowy człowiek może powiększyć objętość powietrza wdychanego w minucie z 5 do 60 litrów czyli 12 razy. Cyfry te wkazują, w jakim stopniu człowiek zdrowy może przystosować przewietrzanie płucne do wymagań ustroju podczas różnego natężenia pracy. Można obliczyć u każdego człowieka najwyższą ilość powietrza wdychanego w minucie, mnożąc trzecią część życiowej pojemności płuc przez 35. Liczba osiągnięta daje ważne kliniczne wskazówki co do największej pracy jeszcze możliwej dla osobnika, bez wywołania duszności. Ilość powietrza zależy od ilości oddechów (która u zdrowych i chorych zwykle może dojść do 35) i od życiowej pojemności, u ludzi chorych daleko mniejszej. Badania przeprowadzono na 12 zdrowych ludziach, w różny sposób pracujących, i na dwóch ze stanem podobnym mechanicznie do stanu przy wylewie opłucnowym, uciskającym płuca i sprawiającym duszność, przez ściskanie klatki piersiowej pasami.

R. D. Adams i H. C. Pillsburg, **Ułożenie i czynność przepony po zmianach ułożenia ciała.** Przepona jest najwyżej ustawiona w pozycji leżącej, niżej w stojącej, najniżej w siedzącej. Przy ułożeniu ciała na prawym boku, prawa połowa stoi wyżej i porusza się daleko więcej od lewej i odwrotnie. Serce zmienia zależnie od ułożenia ciała swoje położenie do 6 cm. Przy osłuchiwaniu zdrowych płuc, można słyszeć fizjologiczne graniczne szmery we formie różnego rodzaju rzężeń. Powstają nad brzegiem niżej leżącego płuca najprawdopodobniej z powodu częściowej atelektazy płuc. Po ułożeniu na stronę przeciwną szmery znikają i pojawiają się znów po stronie niższej. Także prawidłowe szmery oddechowe są silniejsze po stronie niższej.

H. B. Richardson. **Rytm przedsionkowo - komorowy a naparstnica.** R. p. k. powstaje z powodu podwyższonej pobudliwości węzła A-V (z szybkiem tętnem) lub obniżonej pobudliwości węzła zatokowego (z wolnem tętnem). Klinicznie spostrzegano oba rodzaje. Widziano niemiarowość tę też po naparstnicy. W przypadku autora nastąpił r. p. k. po mn. w. 10 ccm nalewki naparstnicowej w przeciągu 7 dni. Rozważanie wszelkich objawów nakazało przypuścić związek przyczynowy, prawdopodobnie drogą pobudzenia trzeciorzędnych ośrodków, będących pod wpływem nerwu błędnego. Próba ucisku nerwu i atropinowa nie odniosła żadnego skutku.

(Załączone elektrokardjogramy wyjaśniają szczegóły niemiarowości).

R. C. Whitman i L. W. Greene. **Przypadek prosówkowej gruźlicy u płodu.** Zebrano dotąd 113 pewnych przypadków gruźlicy u płodu, które wymagają uznania możności zakażenia płodu w łonie matki. Przypadek spostrzegany przez autora (9-miesięczny płód z gruźlicą płuc, łożyska i innych narządów) świadczy o przechodzeniu prątków przez łożysko. Możliwem jest tedy, że u większej ilości dzieci gruźliczych zakażenie nastąpiło w czasie życia płodowego i długi czas było utajone. Friedmann wykazał, że po zaszczepieniu prątków do jąder królików i skojarzeniu tych ze zdrowemi samicami, można wykazać zakażenie 7-dniowych embryonów.

Klinicznie zakażenie ze strony ojca wykazywał Sarwey i Landouzy. Gruźlica płodu przestaje tedy być rzeczą tylko teoretycznie ciekawą i jest prawdopodobnie częstszą niż sądzono, przyjęcie jej wymaga rewizji naszych dotychczasowych sposobów kontroli i zabiegów przeciwgruźliczych.

C. S. Williamson. **Wygodna elektroda dla doświadczalnych prac przy elektrokardjografie.** Opis aparatu.

Ziemilski (Lwów).

Choroby dzieci.

Zeitschrift für Kinderheilkunde.

Tom XXXI. Z. 1. i 2.

J. K. Friedjung. **Przyczynek do znajomości dziecięcego czucia płciowego.** Na poparcie teorji Freuda o tkwiących w psychice dziecięcej zawiązkach popędu płciowego przytacza autor szereg podchwyconych w tym kierunku spostrzeżeń, począwszy od wczesnego niemowlęctwa, a skończywszy na wieku szkolnym. Stosownie do tego, czy dążność zadowolenia objawów czucia płciowego dzieje się na własnej, czy na drugiej osobie, dzieli je na »autoerotyczne« i na »heteroerotyczne«. Do dziedziny autoerotyki zalicza autor u niemowląt akt ssania, zadowolenie przy rytmicznych ruchach, jak kołysanie i t. p., u dzieci starszych masturbację, która np. objawia się w zadowoleniu wtykania palców lub przedmiotów do kiszki stolcowej. Z dziedziny »heteroerotycznych« objawów przytacza autor szereg spostrzeżeń u dzieci powyżej pierwszego roku życia, które np. z lubością tuliły się do piersi matki lub mamki bez chęci ssania, inne zaś spostrzegania upatrują się nawet objawów skierowanego ku rodzicom popędu płciowego. W końcu objaśniają wykłady z życia jedną z najbardziej zwalczanych tez Freuda, która twierdzi, jakoby pierwszym przedmiotem uczuć erotycznych dziecka było jedno z rodziców płci różnej (np. syn do matki).

Max Frank: **Przyczynek do biologji białych ciałek krwi u noworodków i niemowląt.** Obraz białych ciałek krwi w okresie noworodka zawiera pewne znamienne cechy, które go odróżniają od okresu niemowlęctwa, a które są wypływem niezupełnej dojrzałości układu limfotwórczego. Zarówno przeważająca ilość obojętnochłonnych ciałek, jak i przewaga małych limfocytów nad wielkiemi, która cechuje obraz krwi noworodka, ustępuje po pierwszych 14 dniach do przeciętnej prawidłowości, która utrzymuje się w obrazie krwi niemowlęcia. Wyrazem żywotności układu limfotwórczego jest zdolność protoplazmy wchłaniania barwików.

A. Wallgren **»Oedema scorbuticum invisibile«, jego patogeneza i symptomatologja.** Zaburzenia w wymianie wody w gnilcu niemowląt należy uważać jako część składową symptomatologji skorbutu. »Oedema scorbuticum« jest prawdopodobnie wypływem nadmiernej przepuszczalności naczyń włosowatych, która należy do równorzędnych objawów, z temi ze strony układu kostnego i skazy wybroczynowej. Z drugiej zaś strony nie posiadają komórki organizmu zdolności wchłaniania wydzielonej wody.

Ph. Schwartz. **Urazowe rozmiękczenie mózgu u noworodka.** Na 110 zwłok noworodków, przedwcześnie lub na czasie urodzonych, u których przeprowadził autor systematyczne badanie anatomo-patologiczne tkanki mózgowej, wykazał on w 105 przypadkach mniej lub więcej wyraźne zmiany lub uszkodzenia. Polegały one na już to gołem okiem widzialnych, już to drobnowidzowych krwawych wybroczynkach na powierzchni lub wewnątrz mózgu, z których pierwsze były charakterystyczne dla przedwcześnie urodzonych, ostatnie zaś dla na czasie urodzonych noworodków. Pochodzenie tych wybroczynek jest czysto mechaniczne: różnica między silniejszem ciśnieniem wewnątrzmacicznem a słabszem ciśnieniem atmosferycznem. W chwili pęknięcia błony płodowej zamyka czaszka na kształt wentyla otwartą drogę porodową, krew zaś spływa w kierunku mniejszego ciśnienia (analogicznie powstaje »*cephalhaematoma*«) i nagromadza się w naczyniach mózgowych, które pękając uszkadzają tkankę mózgową. Zmiany odnowy tych uszkodzeń objawiają się w pojawianiu się komórek tłuszczonośnych (*„Fettkörnchenzellen,“*), które przeważają w ogniskach stosunkowo świeżych a więc w kilka dni a nawet w kilka godzin po urazie porodowym. Obok wybroczynek wykazał autor również zmiany ogniskowe tkanki mózgowej, spowodowane bezpośrednim, mechanicznym uciskiem, lub urazem, a odznaczały się one zawsze obecnością komórek tłuszczonośnych, co — jak wykazał autor — jest dowodem procesu odnowy. Temu uszkodzeniu tkanki mózgowej odpowiada kliniczny obraz chorobowy, nazwany przez Virchowa: *„Encephalitis interstitialis neonatorum“*. Śmierć noworodków, rozpoznana czy to jako zamartwica, czy to jako zanik, czy to »niezdolność do życia« jest zawsze spowodowana urazowem uszkodzeniem tkanki mózgowej. W razie pozostania przy życiu prowadzi ono prawdopodobnie do padaczki.

Max Zarfl. **O morfologicznem znaczeniu sinych plam porodowych („Mongolenflecke«).**

Nobel i Steinchach. **Przyczynek do rokowania zapalenia opłucnej gruźliczego u dzieci.** Przeważną część zapaleń opłucnej u dzieci należy przyjąć jako pochodzenia gruźliczego. Z 78 spostrzeganych przypadków 13 zmarło. Na 39 przypadków, śledzonych do 19 roku życia, 41% uzyskało zupełne wyleczenie, 38% wykazywało lekkie ślady przebytej choroby, w 10% przypadków utrzymywały się średnio-ciężkie, lub ciężkie zmiany następowe. Rokowanie gruźliczego zapalenia opłucnej u dzieci jest naogół pomyślne.

Charlotte Steinkopf. **Objaw wygasania osutki przy płonicy.** Objaw ten polega na tem, że surowica człowieka zdrowego, lub ozdrowieńca po płonicy (nie zaś chorego na płonicę w pierwszych trzech tygodniach), wstrzyknięta wśródskórnie w obrębie świeżej osutki płoniczej, wywołuje w okolicy wstrzyknięcia wygaśnięcie osutki. Objaw ten może być użyty tylko jako pomocniczy środek rozpoznawczy w przypadkach wątpliwych, nie posiada bowiem bezwzględnej ścisłości. W 16% przypadków płonicy okazał się on ujemnym, występował zaś także w przypadkach osutki niepłoniczej. Teoretyczne wyjaśnienie nie jest uzgodnione. Wedle jednych chodzi tu o działanie uczulające na krążącą we krwi chorego adrenalinę, inni przypisują temu objawowi charakter odczynu uodporniającego, jako wypływ działania miejscowego antyciał jadu płonicy, krążących we krwi człowieka zdrowego. Za tem przemawiałoby zjawisko, że w obrębie wygaśnięcia osutki nie wystąpiło łuszczenie się naskórka, a więc że nastąpiło miejscowe zobojętnienie jadu w skórze.

Monatsschrift für Kinderheilkunde.

Tom XXI. Z. 5. i 6. 1922.

R. Hess i S. Isaac. **Pseudoleukemja limfatyczna.**

K. Blüharm. **Niedomoga trawienia powyżej wieku niemowlęcego.**

Grävinghoff. **Pogruźliczy naciek płuc.** Autor zbija twierdzenie Eliasberga i Neulanda, jakoby opisany przez nich obraz kliniczny t. zw. »pogruźliczego nacieku płuc«, odróżniał się tem od swoistego galaretowatego nacieku, iż okazuje

skłonność do całkowitego uzdrowienia, zaś od przewlekłego zapalenia płuc odróżniał się tem, że to ostatnie przemienia się w kurczącą się tkankę łączną. Nie jest on procesem odrębnym lecz swoistym gruźliczym, gdyż opiera się na faktcie, iż t. zw. galaretowaty naciek, polegający na wysięku surowiczym wewnątrz pęcherzyków płucnych, ulega również wchłonięciu, o ile jest wolnym od laseczników gruźlicy, a jest to tylko działanie ich jadu. Z drugiej strony mógł autor na podstawie własnych badań i spostrzeżeń stwierdzić, iż pierwotny proces gruźliczy w gruczołach oskrzelowych wytworzył drogą naczyń chłonnych naciek podobny do przewlekłego zapalenia płuc.

R. Lange i H. Feldmann. **Wielkość serca u zdrowych i chorych niemowląt na podstawie prześwietlenia promieniami Roentgena.**

Max Frank. **Menotoksyny w mleku kobiecem.** Na podstawie własnych doświadczeń udało się autorowi stwierdzić w mleku kobiet podczas miesiączkowania obecność pewnych ciał, które np. przyśpieszają więdnięcie kwiatów, podobnie jak menotoksyny Schicka. Ciała te utożsamia z menotoksynami i przypisuje im wpływ na powstawanie dyspepsji u niemowląt karmionych podczas regularności.

Samelton. **Ropne schorzenie dróg moczowych w wieku niemowląt.**

S. Meyer. **O antigenowych właściwościach lasecznika gruźliczy Friedmana.**

Hamburger i Stransky. **O podawaniu jarzyn oseskom, w szczególności w postaci sproszkowanego soku surowego.** Oddziaływanie jarzyn, jako środka żywnościowego i wpływ ich na przemianę materji u osesków jest poddany szczegółowej analizie. I tak rozpatrują autorowie cały szereg ich właściwości w następ. klasyfikacji: a) Jako środek spożywczy dopełniający w wypadkach, gdzie chodzi o ograniczenie mleka, jak przy skazie wysiękowej, tężyczce, niedokrewności z powodu odżywiania. b) Jako środek leczniczy przy chorobach wskutek wadliwej przemiany materji, jak choroba Barlowa, »osteopsathyrosis«. c) Jako nośnik ciał białkowatych, odbiegających od białka mlekowego. d) Jako nośnik ciał purynowych (zawartość do 0·03%). e) Jako nośnik żelaza (zawartość od 4—70 mg na 100 g). Działanie jarzyn krwiotwórcze jest niewątpliwe, jednakże jest ono wypływem nietylko podawania żelaza jako takiego, lecz też i witaminów (grupy C), które — wedle autorów — oddziaływują na przemianę materji w kierunku wzmożonego wchłaniania żelaza. f) Jako nośnik soli zasadowych. Sole te przechodzą w wielkiej części do wody, w której jarzyny zostały ugotowane, należy więc jarzyny zawsze podawać wraz z wodą. g) Jako nośnik witaminów, których rozróżniają autorowie 3 kategorje: grupa C, działająca przeciw gnilcowi, grupa B przeciw beriberi, grupa A przeciw krzywicy.

Czynne oddziaływanie lecznicze soków surowej jarzyny, podawanych w postaci sproszkowanej, mogli autorowie stwierdzić w 2 kierunkach: I. jako środek, zapobiegający krzywicy u przedwcześnie urodzonych osobników, jakoteż u tych z przewlekłemi zaburzeniami odżywiania; II. jako środek leczniczy przy krzywicy na skutek działania witaminów prupy C na przemianę materji w kierunku zwiększonego wchłaniania wapnia, jak to wskazują przytoczone badania, które to działanie nie ustępuje w niczem działaniu tranu rybiego. Dobre wyniki daje również zastosowanie jarzyn przy skorbucie i osteopsathyrosis, podczas gdy przy tężyczce były wyniki ujemne.

Pewny. **Przyczynek do procesu trawienia żołądka u oseska.** W żołądku oseska brak jest prawidłowo wolnego kwasu solnego, kwasota ogólna jest tylko nieznacznego stopnia, jakoteż nieznaczne wydzielanie zaczynu podpuszczkowego po zażyciu mleka. Po podaniu młodym oseskom pokarmu mieszanego na wzór dorosłych występuje wzmożone wydzielanie kwasu solnego i zaczynu podpuszczkowego, czego jednakowoż żołądek oseska nie znosi i oddziałuje silnemi wymiotami. To zwiększone wydzielanie kwasu solnego i zaczynu podpuszczkowego utrzymuje się jeszcze przez pewien czas mimo djety ściśle mlecznej. Gruczoły żołądka oseska dostosowują się stopniowo do przyjmowanego pokarmu. Badania soków wydzielniczych żołądka u oseska ma pewne kliniczne znaczenie, gdyż w niektórych chorobach, jak zaniku, zaburzeniach odżywiania, chorobach gorączkowych z pozajelitowemi zaburzeniami odżywiania, daje się stwierdzić zmniejszony stopień kwasoty i zaczynu podpuszczkowego. Wraz z wyzdrowieniem chorego oseska podnosi się też i wydzielanie zaczynu podpuszczkowego. Wymioty osesków są często wypływem wzmożonej kwasoty żołądka.

K. Barcheti. **Oseski gruźliczych matek.** Na 51 spostrzeganych osesków, pochodzących od gruźliczych matek, 27% (t. j. 14) nie wykazywało żadnych objawów zakażenia gruźlicą, jak również oddziaływało ujemnie na odczyn Pirqueta, mimo iż przez dłuższy czas pozostawały w pielęgnacji i karmieniu przez matki, reszta, t. j. 73%, wykazywało zmiany gruźlicze, najczęściej (radiologicznie) powiększenie gruczołów wnękowych. Z tych gruźlicą zarażonych osesków 29% (t. j. 11) zostało klinicznie wyleczonych, co stwierdził autor też w badaniach następnych aż do 4-go roku życia, reszta zaś, t. j. 71% uległo śmierci na skutek prosówki. Rokowanie gruźlicą zarażonych osesków nie jest więc bezwzględnie niepomyślne (Schlossmann). Stosowano wielowartościowy pokarm i leczenie na wolnem powietrzu.

Wilhelm Schober. **Zapalenie jądra w następstwie ropniaka pozagardłowego.**

*Heschele*s (Lwów).

Choroby kobiece i położnictwo.
Gynaecologie et obstetrique.
T. IV. Z 4.

H. Hartmann. **Curieterapja raka szyji i trzonu macicy.** Krytyczna ocena metod naświetlania preparatami radu, między innemi i metody Prousta, polegającej na stosowaniu radu wewnątrzotrzewnowo, t. j. wprowadzeniu rurek z solami radu do obu przymacicz przez nacięcie tylnego listka więzu szerokiego oraz otrzewnej przestrzeni pęcherzowo-macicznej, po uprzedniem podwiązaniu tętnic podbrzusznych. Autor jest przeciwnikiem powyższej metody, ponieważ jej wyniki nie są zachęcające nawet u samego jej wynalazcy. Curieterapja raka trzonu jest zdaniem autora bezcelowa, ponieważ wyniki leczenia operacyjnego są zupełnie zadawalające, sama zaś operacja nie jest ani trudna, ani ryzykowna. Co się tyczy raka szyji nadającego się do operacji, to autor stoi na stanowisku chirurga i powołuje się na zdanie angielskich autorów, którzy odsyłają z londyńskiego instytutu radjologicznego wszystkie przypadki raka szyji nadające się do operacji, do operatorów. Ponieważ w bardzo zaawansowanych przypadkach raka szyji o wyleczeniu doszczętnem jeszcze nie może być mowy, gdyż w przypadkach, w których cała miednica mała jest zajęta przez nowotwór, bardzo nawet intensywne naświetlanie powoduje jedynie nieznaczne zmniejszenie się guza, zaś w przypadkach, w których istnieją nacieczenia nowotworowe w ścianie pęcherza i jelita prostego, zbyt wielka jest obawa uszkodzenia przez naświetlanie powyższych narządów, curieterapja pozostaje wyłącznie dla przypadków znajdujących się na granicy możliwości operowania, w których istnieje nadzieja, że po naświetlaniu staną się nadającemi się do operacji.

A. Couvelaire. **Wskazania do zachowawczego cięcia cesarskiego brzusznego poza zwężeniami miednicy.** Ocena krytyczna wskazań względnych do cięcia cesarskiego, które autor uważa za bezwzględnie za śmiałe w stosunku do powagi samego zabiegu. Autor stwierdza, że we Francji dotychczas bardzo rzadko stawiano wskazania do cięcia cesarskiego poza zwężeniami miednicy. Z liczb, podanych przez wybitnych akuszerów francuskich, na 1040 cięć cesarskich zaledwie 80 wykonano ze wskazań poza zwężeniami miednicy. Zdaniem autora liczba ta ulegnie jeszcze zmniejszeniu w przyszłości, kiedy warunki pozwolą na wcześniejsze dostarczanie do klinik takich rodzących, którym musiano robić cięcie cesarskie ze wskazań względnych.

Omawiając metodę operacji i jej wyboru autor wypowiada się przeciwko cięciu cesarskiemu pozaotrzewnowemu, aczkolwiek przyznaje się, że sam tej metody nigdy nie stosował. Obawia się przy jej stosowaniu zakażenia tkanek za-

wartością jaja płodowego, czego przy cięciu cesarskiem klasycznem łatwo uniknąć przez wytoczenie macicy z jamy brzusznej i staranne osłonięcie rany serwetami.

J. Henrotay. **O wskazaniach do cięcia macicy podczas porodu poza zwężeniami miednicy.** Autor podnosi, że od czasów Saengera, który w roku 1882 wznowił metodę cięcia cesarskiego, wskazania do tego zabiegu zostały znacznie rozszerzone i dzisiaj istnieje już cały szereg wskazań poza absolutnem zwężeniem miednicy, które uprawniają do wykonywania cięcia cesarskiego. Wskazania te zostały ustalone stopniowo na zjazdach ginekologicznych w Petersburgu (1911), Berlinie (1912) i w Lille (1913). Jeżeli przeprowadzić klasyfikację nowych wskazań do cięcia macicy podczas porodu, to możnaby je podzielić na 4 grupy: na wynikające z ogólnego stanu rodzącej, na wynikające ze zmian w pochwie i macicy, z takichże zmian w przydatkach macicznych oraz wreszcie z samego płodu i jego przydatków. W pierwszej grupie autor wymienia przedewszystkiem rzucawkę porodową, a potem choroby serca, nerek, wreszcie agonję i śmierć rodzącej. W drugiej grupie wylicza zwężenia i stany niedorozwoju pochwy, nadmiernie rozwinięte żylaki pochwy, zwężenia, zbliznowacenia i stany degeneracyjne szyji macicznej, niepodatność ostatniej, grożące pęknięcie macicy, wreszcie wady rozwojowe macicy. W grupie trzeciej omawia autor wszelkie guzy przydatków macicy, uniemożliwiające poród drogą przyrodzoną, w grupie czwartej — wszelkie wady rozwojowe płodu wywołujące rażący niestosunek płodu do dróg porodowych, wszelkie położenia niekorzystne trudne, lub niemożliwe do zamiany na korzystne, wypadnięcie tętniącej pępowiny przy niedostatecznem otwarciu, kilkakrotne okręcenie się pępowiny wokoło szyji płodu, łożysko przodujące, przedwczesne odklejenie się łożyska, nawykowe przyrośnięcie łożyska, stwierdzone przy poprzednich porodach. Powyższe wskazania autor poddaje surowej krytyce i twierdzi, że nie należy zbytnio im hołdować i uważać je za bezwzględne, dopóki dalsze doświadczenie nie potwierdzi, że faktycznie wyniki będą dobre, przy uwzględnianiu powyższych wskazań. Zanim jednak to nastąpi należy bezwzględnie indywidualizować a pozatem zwracać baczną uwagę na moment, w którym dana operacja jest wykonywana. Co się tyczy metody cięcia cesarskiego, to autor jest bezwzględnym przeciwnikiem cięcia nadłonowego zaotrzewnowego, które jego zdaniem zostało nawet w Niemczech zarzucone. Wiernymi jego zwolennikami pozostali jedynie Sellheim, Latzko, Döderlein i Küstner (?). Najlepsze, zdaniem autora, jest wysokie cięcie cesarskie klasyczne, zaś w poszczególnych przypadkach, których bliżej nie określa, dobre usługi daje cięcie ponadłonowe transperitonealne.

M. Koenig. **Curieterapja krwotocznych zapaleń macicy z wykluczeniem raka oraz włókniaków macicy.** Można już dzisiaj twierdzić, że w ciasnych granicach wskazań rad jest pewnym i szybko działającym środkiem hemostatycznym przy wszelkich krwawieniach macicznych pochodzenia nierakowego. Jest on nieszkodliwy u kobiet powyżej lat 40, tj. tam, gdzie ustanie perjodów nie pociąga za sobą zaburzeń niepożądanych. W przypadkach tych radjoterapja jest metodą leczniczą wskazaną i może być stosowana z pominięciem wszelkiej innej metody leczenia ginekologicznego. U kobiet młodszych, u których należy dążyć do zachowania czynności jajnikowej, curieterapja winna być stosowana dopiero wtedy, kiedy inne metody leczenia ginekologicznego zawiodą i to do chwili, dopóki technika naświetlania nie doprowadzi do najzupełniej ścisłego dawkowania użytych promieni. Współistnienie zapalenia przydatków jest bezwzględnem przeciwwskazaniem do stosowania curieterapji wewnątrzmacicznie, jeżeli zapalenie jest przewlekłe, i ogólnie, jeżeli jest ostre.

J. L. Faure. **Curieterapja włókniaków macicy.** Autor zaznacza, że nie nadszedł jeszcze czas, ażeby można było wydać ostateczny sąd o wartości leczenia promieniami radu włókniaków macicy, których leczenie operacyjne stało się w ostatnich dziesięciu latach chlubą i dumą chirurgji. Tem niemniej jednak można na zasadzie spostrzeżeń dotychczasowych ustalić, że krwawienia wywołane włókniakami ustają pod wpływem promieni radu i że pewne włókniaki naświetlane zmniejszają się, a nawet znikają zupełnie. Niektóre przypadki są po prostu zdumiewające, jeżeli weźmiemy pod uwagę szybkość osiągnięcia wyniku ostatecznego, tj. ustania krwotoków i krwawień miesięcznych oraz powrotu macicy do rozmiarów normalnych.

W obliczu dodatnich wyników osiągniętych przy leczeniu włókniaków promieniami radu nie można jednak przemilczeć rzeczy ważnych, które mogłyby przemawiać i przeciwko stosowaniu tej metody leczenia.

Autor zastanawia się nad tem, czemu należy przypisać działanie radu na włókniaki, które nie podlega zresztą dyskusji. Pewne jest, że promienie radu działają jednocześnie na wszystkie elementy narządu rodnego, a więc na śluzówkę macicy, jej naczynia, na mięśniówkę, na jajniki. Rad działa zatem jak żegadło, ale jak żegadło promieniujące, tj. jako ognisko żaru, które posyła światło wraz z ciepłem poprzez szkło i takie, które niszczy poprzez tkanki napotkane na drodze najbardziej delikatne elementy składowe, tj. komórki luteinowe, komórki embrjonalne i nowotworowe oraz komórki rozrodcze gruczołów rodnych.

Działanie promieni na błonę śluzową i tkankę mięsną macicy jest pewne niezależnie od działania na jajniki. Szybkie zatrzymanie się krwawień pod wpływem promieni nie da się inaczej wytłómaczyć, jak działaniem promieni na śluzówkę i jej naczynia, a zmniejszenie się, a nieraz znikanie samego guza z zachowaniem krwawień miesięcznych wskazuje na to, że rad działa bezpośrednio na tkankę samego guza. Korzyści curieterapji włókniaków rzucają się zatem w oczy, tembardziej, jeżeli zważymy szybkość działania i prostotę stosowania. Dalszą wyższością curieterapji jest jej zupełne bezpieczeństwo, gdyż nie znamy jeszcze dotąd przypadków zejścia śmiertelnego wywołanego samem naświetlaniem. Są jednak względy, które przemawiają na niekorzyść curieterapji. Autor wspomina tylko pobieżnie o niebezpieczeństwie wynikającem z samej manipulacji wewnątrzmacicznej, która z konieczności musi wzniecać tu i ówdzie sprawy zapalne w trąbkach, przymaciczach i na otrzewnej małej miednicy. Najbardziej jednak ujemną stroną curieterapji jest nieuniknione prawie niszczenie jajników, które sprowadza przedwczesne przekwitanie u kobiet młodych, leczonych radem. I oto pod tym względem rażącą jest wyższość metody operacyjnej leczenia włókniaków nad curieterapją. Wyższość ta jest tem wyraźniejsza, jeżeli wziąć pod uwagę, że w macicy, która została usunięta, nie może powstać żaden nowotwór złośliwy, gdy tymczasem znane są przypadki, w których po naświetlaniu radem włókniaki zginęły, a po pewnym czasie powstawał rak, co do którego trudno zawyrokować, czy istniał już podczas kuracji radowej, czy też może został przez nią sprowokowany. Na pytanie, czy curieterapja przewyższa roentgenoterapję włókniaków, autor nie daje odpowiedzi, ze względu na nadzwyczajne postępy, jakie w ostatnich czasach poczyniono w udoskonaleniu naświetlań promieniami Roentgena.

Co się tyczy wyboru metody leczenia włókniaków macicy, to pomimo, że curieterapja w oczach laików posiada bezwzględnie więcej atutów, niż leczenie chirurgiczne, autor wypowiada się za metodą leczenia operacyjnego, które w ręku wprawnego operatora daje stanowczo wyniki lepsze i pewniejsze. Dlatego też przy wyborze metody leczenia lekarz winien bezwzględnie indywidualizować i kierować do curieterapji takie chore, które przychodzą z krwawiącemi włókniakami średniej wielkości. Radem winny być również leczone takie chore, których stan ogólny nie pozwala na stosowanie zabiegu operacyjnego brzusznego. Autor wylicza wreszcie wszystkie te przypadki, w których bezwzględnie należy stosować leczenie operacyjne. Należą tutaj przedewszystkiem te przypadki, w których rozpoznanie jest niepewne. Operować należy kobiety młode z włókniakami małemi, które można wyłuszczyć i nie pozbawiać chorej zdolności rozrodczej. Operować należy w tych przypadkach, w których radio, lub roentgenoterapja nie dały wyników pożądanych, chore, u których się stwierdza przewlekłe sprawy zapalne w jajowodach i przymaciczach lub w wyrostku robaczkowym. Pozatem należy operować tam, gdzie istnieje podejrzenie na zakażenie, zgorzel lub zwapnienie guza, gdzie obok guza istnieje ciąża, która nie może się normalnie rozwijać z po-

wodu guza, gdzie guz jest duży i wykazuje tendencję do szybkiego wzrostu oraz do uwięźnięcia, gdzie guz jest na szypule, bądź podsurowiczy, bądź podśluzowy, a nadewszystko do operacji nadają się wszystkie te przypadki włókniaków, w których istnieje najmniejsze podejrzenie na zwyrodnienie złośliwe.

Medycyna społeczna.

Gynaecologie et obstetrique.

T. IV. Nr. 3 i 4 1921.

Ch. Waegeli. **Opieka lekarska i społeczna nad kobietą ciężarną.** Ażeby opieka lekarska nad kobietą ciężarną była skuteczna, winna się ona rozpoczynać od chwili urodzenia się dziewczynki, która winna być karmiona piersią. Następnie winna iść w kierunku zapewnienia młodej dziewczynie inteligentnej i racjonalnej hygjeny; nadewszystko w okresie dojrzewania płciowego. Ona to winna otoczyć kobietę po zamążpójściu i baczyć na przestrzeganie hygjeny stanu małżeńskiego. Do powyższego momentu opieka lekarska nad kobietą ciężarną ogranicza się do roli edukacyjnej: powinna wchodzić do programów wykształcenia dziewcząt od 16 lat począwszy, do niej należy organizowanie kursów specjalnych hygjeny kobiety z nauczaniem pobieżnem o budowie i czynnościach narządów rodnych kobiety w stanie normalnym i podczas ciąży, o ciąży, porodzie, połogu i ich hygjenie. Do dyspozycji kobiet ciężarnych winny być oddane bezpłatne poradnie zarówno w miastach jak i po wsiach. Te poradnie winny wytworzyć pewną łączność pomiędzy zakładami położniczemi i pacjentkami, które z nich wychodzą. Korzystać z nich powinny przedewszystkiem kobiety, które przechodziły już patologiczne ciąże lub porody oraz te, które po opuszczeniu zakładu położniczego wymagają dalszej obserwacji lekarskiej.

Należy powołać do życia przytułki zależne od zakładów położniczych, lub samoistne, w których byłyby przyjmowane kobiety ciężarne, wymagające specjalnej opieki oraz takie, które nie posiadają własnych ognisk domowych, jak służące, panny-matki samotne itp. W związku z tem należy stworzyć specjalne sanatorja dla ciężarnych gruźliczych.

Należy powiększyć liczbę zakładów położniczych samodzielnych i pozostających w łączności ze szpitalami, ażeby wszystkie kobiety życzące sobie odbywać poród i połóg poza domem znalazły w nich miejsce. Zakłady te winny być prowadzone przez ginekologów-akuszerów. Każdy najmniejszy szpital winien posiadać oddział położniczy.

Należy również opiekować się kobietami, które chcą rodzić w domu: do tego konieczne jest wytworzenie korpusu doświadczonych akuszerek pewnych i oddanych sprawie. Rzecz oczywista, że do dyspozycji takich kobiet winien być odpowiedni personal lekarski.

Należy wytworzyć wszędzie oddziały infirmierek odwiedzających ciężarne w ich mieszkaniu. Ich czynności będą polegały na regularnem udzielaniu ciężarnym porad z dziedziny hygjeny ciąży. One winny również odwiedzać miejsca pobytu położnic, bądź w zakładach położniczych bądź w mieszkaniach w celu doglądania ich i opiekowania się oseskami.

Należy wreszcie powołać do życia składnice sanitarne, w których kobiety mające rodzić otrzymywałyby bezpłatnie lub za niedużą opłatą wszelkie utensylja i środki lekarskie potrzebne do odbycia porodu w domu. Opiekę społeczną nad kobietą ciężarną należy przedewszystkiem oprzeć na następującym aksjomacie zasadniczym: kobieta zamężna, żona robotnika i urzędnika fabrycznego, nie powinna porzucać domowego ogniska dla pracy zarobkowej. Powyższe winno być wprowadzone do prawodawstwa robotniczego. Dopóki jednak prawo to nie zostanie uchwalone, winniśmy się stosować do warunków doby obecnej. Z dwóch tendencji przeciwstawiających się sobie, a mianowicie zupełnego wykluczenia kobiety ciężarnej od pracy fabrycznej i kontentowania się daniem jej odpowiedniej opieki przy pozostawieniu jej przy jej pracy autor wyciąga kwintesencję i proponuje, żeby kobieta ciężarna na ogół nie przerywała swej pracy pod warunkiem, że praca ta nie będzie niebezpieczną ani dla niej, ani dla dziecka, które ma przyjść na świat; natomiast autor żąda obowiązkowego czterotygodniowego odpoczynku dla każdej ciężarnej przed samym porodem. Pozatem lekarzowi winno przysługiwać prawo zalecić ciężarnej natychmiastowe zaprzestanie pracy, zmianę zajęcia, zmniejszenie liczby godzin pracy, o ile kobiecie grozi niebezpieczeństwo wynikające ze zbytniego przeciążenia pracą. Dobre byłoby stworzenie we wszystkich większych przedsiębiorstwach specjalnych inspektorek fabrycznych, które opiekowałyby się ciężarnemi zatrudnionemi w fabryce i stosowały względem nich ulgi, o ile tego będzie wymagała konieczność oraz proponowałyby zarządowi fabryki takie czy inne środki, których zastosowanie uznawałyby za konieczne w stosunku do każdego poszczególnego przypadku. Pozatem należy bezwzględnie zakazać pracy kobietom w czasie trwania ciąży w tych fabrykach, które wytwarzają, przerabiają, lub posługują się materjałami szkodliwemi dla samej ciężarnej lub jej płodu.

Autor jest zdania, że konieczne jest zabronienie podejmowania pracy przez kobiety przed upływem dwóch miesięcy od chwili porodu. Należy przestrzegać, ażeby w powyższym okresie czasu kobieta bezwzględnie karmiła piersią swe dziecko. Dla późniejszych okresów należy wymagać od zarządów fabryk zatrudniających kobiety obarczone dziećmi, ażeby urządzały dla karmiących matek specjalne pomieszczenia do karmienia własnych niemowląt.

Należy urządzić przy większych zakładach położniczych przytułki dla matek z niemowlętami, które nie posiadają własnych ognisk domowych i nie mają się gdzie podziać. W przytułkach tych winien im być zagwarantowany pobyt w ciągu conajmniej 2 miesięcy. Przytułki te winny się zajmować pośrednictwem pracy i umieszczaniem niemowląt na wychowanie.

Należy zabezpieczyć kobietę ciężarną, żeby jej zarobki nie zmniejszyły się ani wskutek przymusowych okresów bezczynności zaleconych przez lekarza, ani wskutek nieobecności przed, po i podczas porodu.

Opieka lekarza, akuszerki i ewentualny pobyt w zakładzie położniczym winny być darmowe dla wszystkich tych kobiet, których zarobki wraz z zarobkami męża nie przekraczają pewnego minimum, zmiennego w zależności od warunków, okolicy itp.

Środki finansowe na pokrycie wynikających stąd kosztów winny pochodzić z jednej strony od państwa, z drugiej od właściciela fabryki, z trzeciej wreszcie ze składek płaconych przez same zainteresowane, bądź do istniejących już kas chorych, bądź do specjalnych kas macierzyńskich. Autor zwraca uwagę na to, że nie należy ujednostajniać powyższych postulatów, a przeciwnie należy je indywidualizować w stosunku do zwyczajów w poszczególnych krajach, do rodzaju pracy wykonywanej przez kobiety oraz do rozporządzalnych środków. Państwo winno oczywiście wspierać wszelkie nowopowstające instytucje oraz kasy mające na celu opiekę nad kobietą ciężarną i zastrzedz sobie z tego tytułu prawo kontroli i nadzoru.

O. Doleris. **Opieka lekarska i społeczna nad kobietą ciężarną.** Autor rozpatruje sprawę opieki nad kobietą ciężarną we Francji, która została zapoczątkowana w roku 1885 przez akademję lekarską w Paryżu. Sprawa gwałtownego spadku przyrostu naturalnego ludności we Francji czyni tę kwestję ponownie aktualną, tembardziej, że opieka ta z wielu bardzo względów wymaga reformy. Autor zadaje sobie pytania następujące: Czy należy się opiekować kobietą ciężarną? Czy istnieje opieka nad ciężarną? Jaką winna być opieka nad ciężarną? Na pierwsze pytanie autor odpowiada, że bezwarunkowo należy się opiekować ciężarną, chociażby dlatego, że istnieje naturalny sposób opiekowania się kobietą ciężarną, który już w starożytności został uznany za niedostateczny. W odpowiedzi na drugie pytanie autor poddaje szczegółowej krytyce sposób obecnego opiekowania się kobietą ciężarną, a mianowicie akcję prywatną, akcję państwowo-prawną oraz organizację szpitalną. Wskazuje na trudności i błędy w stosowaniu prawa o pomocy a głównie na niedostateczne wynagradzanie pracujących ciężarnych. Stwierdzając, że pod względem opieki lekarskiej ciężarne w miastach są w lepszych wa.

runkach, niż po wsiach, autor krytykuje działalność zakładów położniczych i poradni dla ciężarnych.

W odpowiedzi na trzecie pytanie autor domaga się wprowadzenia następujących reform: Wprowadzenia częstych oględzin kobiet ciężarnych w czasie trwania ciąży, zreformowania działalności zakładów i przytułków dla ciężarnych w Paryżu i innych; skasowanie żłobków dla dzieci rodzących w zakładach położniczych i stworzenie czasowych gniazd dla tych dzieci na wzór gniazda na 20 dzieci założonego przy klinice Baudelocquea przez Couvelairea; stworzenia kantonalnych poradni dla ciężarnych z jednym lekarzem i akuszerką każda.

Pod względem społecznym autor jest przedewszystkiem zwolennikiem rozszerzonego prawa Straussa, a mianowicie prawnego upoważnienia każdej francuski do pobierania wynagrodzenia w sumie 10 franków dziennie w ciągu ostatnich czterech miesięcy ciąży. Pozatem jest zwolennikiem dezyderatów wypowiedzianych w rozprawach roku 1917 niestety jeszcze nie urzeczywistnionych: Ciężarne pracujące w fabrykach winny być obdarzane pracą wymagającą umiarkowanego wysiłku, wszelkie zajęcie wymagające niedospania lub związane z urazami powolnemi lub raptownemi i męczące winno im być bezwzględnie wzbronione. Ciężarne nie powinny pracować w nocy. Należy wyłączyć ciężarne od takich zajęć, które mają charakter szkodliwy, toksyczny lub niehygjeniczny i mogą źle oddziaływać na ich zdrowie, a pośrednio na ciążę. Odpoczynek czterotygodniowy przed porodem winien być obowiązkowym. Należy wprowadzić porady udzielane przez lekarza robotnikom z hygjeny kobiety i dziecka. Lekarz fabryczny winien posiadać prawo łagodzenia pracy i zwalniania od niej kobiet ciężarnych, o ile tego będzie wymagał jej stan. Ażeby zapewnić kobietom pracującym w fabrykach dobrodziejstwa hygjeny specjalnej, której wymaga ich płeć, konieczne jest wprowadzenie godności wyższej urzędniczki, którąby pośredniczyła pomiędzy robotnikami i robotnicami. Ciężarna zmuszona do zaprzestania pracy winna otrzymywać odszkodowanie równe jej zarobkowi. Wynikające stąd koszta winny być pokrywane przez ciała asekuracyjne pod prawną odpowiedzialnością. Administracja fabryki winna się starać o personal pielęgniarski do sal karmienia. Co się tyczy uświadomienia i wychowania hygjenicznego, to winno się, ono zaczynać w szkole, której zadaniem winno być przygotować dziewczynę do jej szczytnego stanowiska matki. W szkole, lub w wieczornych kursach pozaszkolnych dziewczyna winna się dowiedzieć o niebezpieczeństwach i wypadkach możliwych, na które jest narażona każda ciężarna oraz o sposobach ich uniknięcia itp.

W sprawie matek niezamężnych autor wypowiada się za zrównaniem ich w prawach z zamężnemi.

W zakończeniu autor przemawia za rejestracją ciężarnych, która w znacznym stopniu ułatwi opiekę zarówno lekarską jak i społeczną. *H. Gromadzki* (Warszawa).

Stomatologja.

Vrtjrschft. f. Zahnh. XXXVII.

Nr. 2. 1921.

N e u m a n n. **Doszczętne leczenie chirurgiczne ropotoku zębodołowego.** Nie wdając się w krytykę dotychczasowych poglądów na patogenezę ropotoku, podaje autor podstawowe cechy tego schorzenia i zasady leczenia operacyjnego. Ropotok cechują: 1) zanik kości, 2) pogłębienie prawidłowej kieszonki dziąsłowej, 3) owrzodzenie na wewnętrznej stronie kieszonki, 4) mniej lub więcej wydatne złogi kamienia zębowego. Zanik kości może być albo »pionowy« albo »poziomy«. (Są to nowe określenia, podane przez Weskiego w pracy »Badania radjograficzno-histologiczne szczęk. II. Przewlekłe brzeżne zapalenie wyrostka zębodołowego ze szczególnem uwzględnieniem ropotoku«. V. f. Z. 1. 1911. Będzie ona przedmiotem osobnego sprawozdania po ukończeniu). Głębokość kieszonki może być różna; albo dno kieszonki znajduje się powyżej kości (ropotok nadzębodołowy, pyorrhoea supraalveolaris Weskiego), albo też poniżej brzegu kostnego (ropotok śródzębodołowy, pyor. intraalveolaris). Owrzodzenie wewnętrznej strony kieszonki odznacza się tem, iż ziarnina przetkana jest pasmami nabłonkowemi.

Dotychczasowe metody leczenia ropotoku dadzą się ująć w trzy grupy: 1) usuwanie kamienia zębowego i wypalanie ziarniny środkami żrącemi i żegadłem, celem spowodowania zaniku kieszonki, 2) leczenie środkami bakterjobójczemi: salwarsanem, chininą, emetyną, 3) leczenie chirurgiczne z odsłonięciem ogniska chorobowego lub bez odsłonięcia. Ponieważ dotychczasowe sposoby są w wynikach swych niezadowalające, gdyż nie dają możności zupełnego usunięcia kamienia i ziarniny, przeto poleca autor gorąco leczenie operacyjne z szerokiem odkryciem od brzegu zębodołowego do wierzchołków korzeni, mającem na celu: 1) dokładny przegląd całego pola operacyjnego, 2) doszczętne usunięcie złogów kamienia, przetkanej pasmami nabłonkowemi ziarniny ze wszystkich zaułków, tudzież zmienionej, do odnowy niezdolnej, tkanki kostnej, 3) zniszczenie głębokich kieszonek przez usunięcie schorzałej błony śluzowej i pokrycie gładkiej kości zdrową błoną śluzową i odebranie przez to drobnoustrojom podłoża. W przeciwieństwie do Roemera, który lecząc żegadłem i kwasem mrówkowym, wyjmował odrazu trzonowce, u których widoki utrzymania były małe, leczy N. swą metodą wszystkie zęby, dzieląc pracę na sześć posiedzeń: 1) zęby górne przednie, 2) i 3) górne boczne, 4) dolne przednie, 5) i 6) dolne boczne. Cięciem arkadowem przecina błonę śluzową, unosi ją wraz z okostną ku górze względnie dołowi i przytrzymuje płat swym szerokim hakiem, poczem usuwa doszczętnie złogi kamienia i ziarninę, gładzi korzenie, odcina wystające trzpienie kostne poczem przysuwa błonę śluzową napowrót. Nie we wszystkich jednak przypadkach operuje w jednakowy sposób po stronie wargowej i językowej. Niektóre przypadki ropotoku okazują po stronie językowej zupełnie zdrową kość i kieszonek tam zupełnie brak. Byłoby błędem naruszać chirurgicznie te zdrowe więzadła operując szablonowo po obu stronach. Nader cennych wskazówek udziela tutaj radjografja, orjentując co do stopnia i jakości zaniku kości (zanik poziomy, pionowy), zwłaszcza przy użyciu poleconego przez Weskiego sposobu »zgłębników gutaperkowych«. Polega on na tem, iż dookoła zęba wsuwamy pod dziąsło cztery ćwioczki gutaperkowe: po stronie dośrodkowej, odśrodkowej, wargowej i językowej i obcinamy je rozgrzanem narzędziem równo z brzegiem dziąsła poczem wykonujemy radjogram, na którym cienie ćwioczków uwydatniają zupełnie dokładnie głębokość kieszonek.

Pracę uzupełniają cztery historje chorób, ilustrujące doskonałe trwałe wyniki lecznicze uzyskane leczeniem operacyjnem.

Allerhand (Lwów).

Bibljografja.

Piśmiennictwo niemieckie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften (Monachium, J. F. Lehmann) 1922. Czerwiec. Cena 16 M. n. Treść 1) Prof. Finkelstein: Z dziedziny patologji i terapji zaburzeń odżywiania osesków sztucznie żywionych. 2) Prof. Kleinschmidt: I. Stare i nowe zagadnienia w zakresie gruźlicy. II. Przewlekłe biegunki u dzieci. III. Krzywica. IV. Przegląd piśmiennictwa.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

IX. P o s i e d z e n i e n a u k o w e z dnia 1. marca.

Przewodniczy kol. W o j c i e c h o w s k i. Obecnych członków 77.

Na nowego członka Towarzystwa p zyjęto kol. Z y g m u n t a S z w a r c a.

1) Kol. O l b r y c h t wygłosił odczyt p. t.: „Z badań nad zatorami tłuszczowemi w płucach". (Okazał się w Nr. 23 i 24. P. Gazety lekarskiej).

W dyskusji kol. C i e c h a n o w s k i omawia sprawę siedziby zatorów, a następnie zwraca uwagę, że znaczenie zatorów tłuszczowych w płucach oceniać należy nietylko ze względu na ich rozległość; w pewnej mierze wchodzić musi w rachubę poprzedni stan płuc, warunki, jakie w chwili zatorowania były w krążeniu

małem. W przypadkach urazowych należy mieć na względzie, że znalezienie zatorów tłuszczowych w płucach dowodzi, iż one i wywołujący je uraz powstały za życia, ale nie dowodzi jeszcze związku ich i urazu z zejściem śmiertelnem. Do stwierdzenia zatorów w braku noża Valentina posłużyć się można nawet skrawkiem, ściętym jak najcieniej z przekroju płuca nożyczkami na płask zagiętemi. Wreszcie zapytuje Ciechanowski mowcę o wytłómaczenie zatorów tłuszczowych, powstałych w toku rozmaitych spraw chorobowych, bez poprzedzającego urazu lub innego czynnika, znanego jako przyczyna zatorów, co prelegent w kilku przypadkach znalazł.

Wysocki, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XIX. Posiedzenie naukowe z dnia 26. maja 1922 r.

Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 82.

1) Prezes kol. Franke poświęca słowa wspomnienia zmarłemu koledze Dr. Feliksowi Sielskiemu, znanemu ginekologowi lwowskiemu, jako najstarszemu członkowi Towarzystwa lekarskiego. Obecni uczcili pamięć Jego przez powstanie.

2) Kol. Marischler przedstawia chorego, liczącego lat 21, elektromontera, u którego od trzech lat rozwija się **skrzywienie twarzy**. Możnaby myśleć na pierwszy rzut oka, że w tym przypadku mamy do czynienia z porażeniem nerwu twarzowego po stronie prawej, lub też z zanikiem twarzowym (*Hemiatrophia facialis*) po stronie lewej. Przy bliższem badaniu stwierdza się, że skrzywienie twarzy polega na wzroście nadmiernym kości żuchwy i to przedewszystkiem jej części wstępującej po stronie prawej, tak, że wytworzył się prognatyzm szczęki dolnej. Zęby szczęki dolnej występują w porównaniu do zębów szczęki górnej na $1^1/_2$ cm ku przodowi, tak, że o normalnym zgryzie nie ma mowy. Chory uskarża się, że żuje z trudnością, a wymawianie spółgłosek zębowych jest mu niemożliwe. Stan ten powoli stale się pogarsza. Zmiany te zostały potwierdzone badaniem rentgenologicznem (kol. Penzias). Na kliszach widać powiększenie kości żuchwy i przemieszczenie zębów. Siodełko tureckie jest prawidłowe. Objawów akromegalicznych, w innych kościach nie można zauważyć. Pomimo tego mowca skłania się do rozpoznania częściowej akromegalji, dotyczącej szczęki dolnej, choć nie wyklucza choroby Pageta czyli *osteitis deformans*. Dalsze spostrzeganie chorego rozstrzygnie może tę sprawę. (A. r.).

W dyskusji kol. Penzias objaśnia zdjęcie rentgenowskie przypadku.

3) Kol. Skrowaczewski przedstawia a) żołnierza, u którego w przebiegu ropnego **zapalenia ucha środkowego** wystąpiły objawy ogólnego zakażenia z powodu zapalenia ściany zatoki esowatej z następowym skrzepem. Operacja doszczętna, wycięcie zewnętrznej ściany zatoki, wyjęcie rozległego skrzepu z zatoki esowatej i poprzecznej, podwiązanie żyły jarzmowej wewnętrznej na szyji dało wyleczenie. Nawiązując do tego przypadku omawia 5 innych operowanych przez siebie przypadków, z których 3 zakończyły się śmiertelnie. Postępowanie powinno być radykalne, zatem operacja na wyrostku sutkowym, jak najrozleglejsze odsłonięcie zatok w górę i na dół, dokładne usunięcie skrzepów, wycięcie przedniej ściany zatoki i podwiązanie żyły jarzmowej wewnętrznej. Statystykę śmiertelności podają w literaturze na 20 do 30%; mowca miał 24%. Najczęstsze powikłania są ze strony mózgu, potem płuc, stawów i wątroby. Podwiązanie żyły jarzmowej wew. nie ma złych następstw; b) inwalidę, u którego przed 3 laty wykonano tracheotomję z powodu ostrego zapalenia ochrzęstnej krtani. Nastąpiło **bliznowate zwężenie krtani**, leczone w kilku szpitalach bez skutku sposobami krwawym i rozszerzadłami Thosta, Pieniążka i Schroettera. Zastosowany przez mowcę sposób rozszerzania Sargnon-Barlaticz, z ulepszeniem Litwinowicza po półrocznem rozszerzaniu pozwolił na wprowadzenie łatwo drenu grubości 14 mm. (z początku wchodził tylko 5—6 mm). Chory oddycha swobodnie przy zatkanej kaniuli; obecnie pomimo, iż od 6 tygodni nie wprowadza mu się drenu, światło tchawicy nie zwęża się. Kaniuli na razie nie usunięto, rozszerzanie prowadzi się dalej.

W dyskusji przemawiał kol. Zalewski.

4) kol. Lehm wygłasza odczyt: „O twardzieli".

5) kol. Ziembicki: „**O najstarszem zdrojowisku i naukach naszych lekarzy z XVI. wieku**". (Oba wykłady ukażą się drukiem w P. G. L.).

Kmietowicz, sekretarz.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 21 marca 1922 r.

Przewodniczy prof. A. Gluziński.

I. H. Higier. **Dystrofja mięśniowa w połączeniu z porażeniem rdzeniowem kurczowem**, dziedziczona według rzadkiego typu wyłącznie przez płeć żeńską w czterech pokoleniach. (Pokaz chorej).

19-letnia panna z postępującą dystrofją mięśniową typu Leyden-Moebiusa. Dwie jej starsze siostry, matka ojca i siostra jego babki są dotknięte tem samem cierpieniem. Choroba przenosi się w tej rodzinie wyłącznie przez osobników męskich, którzy sami nie są dotknięci, a zapadają na tę chorobę wyłącznie kobiety. Typ ten, opisany przed laty przez mowcę jest rzadki. Według analogicznego typu dziedziczy się daltonizm, krwawiączka, hemeralopia. Zasługuje na uwagę, że chora obok dystrofji mięśniowej, przemawiającej za wrodzonem upośledzeniem środkowego listka rozwojowego, ma wybitne objawy, świadczące o zajęciu bocznych pęczków rdzenia, czyli ektodermalnego listka zarodkowego; połączenie takie również należy nagogół do rzadkości.

II. Dyskusja z powodu odczytu Wojnarowskiej „**Odma sztuczna w lecznictwie gruźlicy płuc**". St. Rudzki podkreśla szkicowość referatu Wojnarowskiej i operowanie materjałem cudzym bez przytoczenia własnych spostrzeżeń, które mogłyby rzucić nowe światło na sprawę. Co do strony historycznej odczytu W. zaznacza, że Forlanini przed 30-tu laty przypomniał i w celach leczniczych zastosował metodę odmy sztucznej, której pomysł jednak podany był przez Szkota Carsona jeszcze przed 100 laty. Metoda Forlaniniego znalazła największe rozpowszechnienie przed 10 laty. Rudzki wspomina, jak na Zjeździe międzynarodowym przeciwgruźliczym w Rzymie w 1912 roku tryumfy święciła sztuczna odma piersiowa. Założono wtedy Towarzystwo międzynarodowe „Pneumothorax". Zapał ten ostygł nieco pod wpływem faktów, stwierdzających, że odma sztuczna jest metodą nieraz bardzo efektowną, lecz wskazania do niej znajdujemy, ściśle biorąc, zaledwie w kilku odsetkach przypadków gruźlicy; leczenie jest bardzo długie, w wyniku zaś niezmiernie rzadko następuje wyleczenie Obok pomyślnych względnie wyników anatomopatologicznych czasem stwierdzamy szybki rozwój sprawy gruźliczej w drugiem płucu. R. osobiście spostrzegał około 20 przypadków odmy sztucznej, wyniki na dalszą metę były na ogół nie lepsze, niż po leczeniu zwykłem higjeniczno-djetetycznem. R. odwołuje się do zgromadzenia, by podzielono się wrażeniami, opartemi na własnem doświadczeniu. W końcu R. uważa za niedopuszczalne pominięcie zupełne przez mowczynię polskiego piśmiennictwa. Pomija mowczyni nie tylko doświadczenia Dunina z przed 38 laty, lecz i najnowsze prace Dłuskiego, Świerzyńskiego, Szczepańskiego, Tomaszewskiego, Sobata, Czaplickiego Wł. Orłowskiego Witolda, Hellina, Lewina, pobieżnie wspomniawszy, a u nas o odmie sztucznej pisali Borzęcki, Dębiński, Sterling i prof. Gluziński, przemilczała również o sprawozdaniach sanatoryjnych Gałeckiego i Sokołowskiego.

Kaz. Dąbrowski omawia wskazania do odmy sztucznej. D. uważa, że można stosować odmę sztuczną, o ile zmiany gruźlicze są tylko w jednem płucu i o ile niema zrostów; w postaciach przewlekłych o ile są rozległe zmiany w jednem płucu, niewielkie zaś w drugiem płucu; a także przy powtarzających się krwotokach. Powikłania w gruźlicy płuc są przeciwwskazaniem; mianowicie: trudności przy połykaniu, zależne od zmian w krtani, cukrzyca, skrobiowate zmiany w nerkach. Na ankietę Saudmana, rozesłaną do 450 chorych odpowiedziało 270 chorych; ze 100 chorych 40 pracowało do 3 lat; 30 chorych pracowało do 7-iu lat.

Prof. Gluziński stosował odmę sztuczną od początku wprowadzenia jej do lecznictwa przez Forlaniniego i wykonał szereg doświadczeń w ciągu kilkunastu lat. Prof. G. jest przeciwnikiem stosowania odmy sztucznej w początkowych okresach gruźlicy i stosuje ją w tych przypadkach gruźlicy płuc, gdzie jedno płuco jest zajęte, drugie zdrowe. Z przeprowadzonych przez prof. G. doświadczeń wynika, że rozrost tkanki łącznej następuje nie tylko w chorem płucu, lecz i w zdrowem. Doświadczenia prof. Frankego wykazały, że odma sztuczna wywiera wpływ na krążenie. Z powikłań odmy sztucznej najczęściej występuje ropne zapalenie opłucnej. Prof. G. stwierdza, że na ostatnim zjeździe internistów sprawa odmy sztucznej była szeroko omawiana. Referaty wygłosili Dłuski i Sterling.

Goldbaum przemawia za szerszem stosowaniem leczenia uodporniającego przeciw gruźlicy.

Prof. Rzętkowski uważa sztuczną odmę za bardzo wskazaną w leczeniu cięższych przypadków gruźlicy płuc (Turban II). W praktyce szpitalnej spotykamy stosunkowo mało przypadków, nadających się do leczenia odmą (liczne zrosty, gruźlica obustronna). Rz. przypomina, że pierwszym, który badał wpływ ucisku płuca na powstające w niem zmiany anatomo-patologiczne, był Teodor Dunin.

Wobec tych zmian, niewątpliwie powstających pod wpływem długotrwałego ucisku i pozostających następnie na stałe, Rz. ma wątpliwości, azali należałoby stosować odmę w okresach początkowych gruźlicy. Gruźlicy krtani nie uważa prof. Rz. za przeciwskazanie do stosowania odmy. U chorych z bardzo małemi zmianami w drugiem płucu prof. Rz. stosuje odmę, o ile stwierdza, że po założeniu odmy następuje poprawa. O ile ta poprawa nie występuje, Rz. nie ponawia zabiegu. Prof. Rz. wprowadza powietrze i stara się szybko (po 2—3 seansach) doprowadzić do silnego ucisku, który już następnie utrzymuje. W ten sposób w przypadkach odpowiednich uzyskujemy za pomocą odmy taką poprawę, jakiej u takich chorych nie możemy osiągnąć za pomocą żadnych innych sposobów leczenia. Prócz gruźlicy płuc prof. Rz. stosuje odmę w przypadkach krwawienia płucnego z doskonałym wynikiem. Nadto prof. Rz. wprowadza powietrze do opłucnej w surowiczem zapaleniu wysiękowem opłucnej, przyczem chodzi mu tutaj o oddzielenie od siebie płatków opłucnej i zapobieżenie zrostom. W tych razach ucisk na płuco powinien być minimalny. Wreszcie prof. Rz. stosuje odmę w przypadkach ropnego zapalenia opłucnej, jak dotychczas z wynikami bardzo zachęcającemi.

W gangrenie płuc prof. Rz. otrzymywał również wyniki bardzo dobre od odmy skombinowanej z wlewaniem dożylnem neosalwarsanu.

W odpowiedzi Wojnarowska daje wyjaśnienia w kwestjach poruszonych przez przedmówców. Braki z piśmiennictwa polskiego W. stara się usprawiedliwić tem, że odczyt swój przygotowała podczas pobytu za granicą, gdzie nie miała dostępu do piśmiennictwa polskiego.

III. Prof. Loth przedstawił modele naczyń krwionośnych, wykonane z drutu odpowiedniej grubości i owinięte sznurkiem barwnym.

IV. Prof. Loth. **„Teorja konstytucjonalizmu, a współczesne teorje o normalnej budowie człowieka“.** (Będzie w całości pomieszczone w Pol. Gaz Lek.).

Dyskusja.

Prof. Rzętkowski zaznacza, że z wywodów mówcy widać, że terminu „konstytucja“ nie należy ujmować zbyt morfologicznie. Jest to pojęcie bardzo złożone, na które składają się nietylko właściwości ustrojowe ale i charakter warunków zewnętrznych, do których dany ustrój nie dorasta. To stanowi o jego mniejszej wartości życiowej. Właściwości ustroju morfologiczne mogą być uważane tylko jako oznaki rozpoznawcze, nie zawsze pewne. Pojęcie "normy" jest pojęciem bardzo względnem. W badaniach nad własnościami ustrojów ludzkich, „konstytucjonalizmem“, klinicysta może zadowolić się stwierdzeniem oznak morfologicznych, ale winien stosować sposób badania czynności ustroju i jego poszczególnych części.

Higier zgadza się w głównych zarysach z mowcą, że morfologja anatomo-embrjologiczna nie potwierdza ważności *costae X fluctuantis* dla typu astenicznego Stillera. H nie uważa jednak, aby ten fakt miał świadczyć o słabych podstawach całej nauki o konstytucjonalizmie, bez której racjonalnie i przyrodniczo myślący lekarz obejść się nie może. Zwłaszcza jest to trudne dla neurologa, który bez pojęcia o konstytucjonalnych i endogennych upośledzeniach i niedorozwojach tkanki, o abiotrofjach auto- i filogenetycznych rozumować patogenetycznie nie jest w stanie. H. dowodzi na szeregu przykładów z medycyny wewnętrznej i różnych jej pograniczy ważności pojęcia konstytucjonalizmu: na enteroptozie, chorobie Hirschprunga, megacolon, nerce wędrującej, skrzywieniu kręgosłupa dziedzicznem, wadach refrakcyjnych oczu, ślepocie rodzinnej, zwichnięciu soczewki, migrenie, dystrofji mięśni i t. d. Choroby konstytucjonalne zależne od zaburzeń wewnątrz wydzielniczych, mogą wprawdzie tu i ówdzie prowadzić do zmian typu ludzkiego (akromegalja, infantylizm, kretynizm, lilipuctwo), typu płciowego (eunuchoidyzm, feminizm). Nawet zmiany o charakterze rasowym i antropologicznym występują czasem w tych przypadkach: typ mongolski, etjopski (śluzowoobrzęk wrodzony, mongolizm, lipodystrophia). Jeżeli są według mówcy, rasy, przypominające gigantyzm, akromegalję i t. p. zboczenia ustrojowe, to należy pamiętać, że są one fizjologiczne, nigdy nie prowadzą do uchyleń natury patologicznej, w rodzaju hemianopsji dwuskroniowej, bólów głowy, niedowidzenia, impotencji, niezrastania się chrząstki z kością, *dystrophia adiposogenitalis*. H. wyraża w końcu przekonanie, że nauka o konstytucjonalizmie utrzyma się w całej rozciągłości i że morfologja anatomiczna będzie, jakto było dotychczas, poważną jej pomocnicą.

Prof. Hornowki nie może się zgodzić z mówcą aby zmiany morfologiczne nie mówiły o konstytucji ustroju, ponieważ zwracanie uwagi na morfologiczne zmiany wyjaśnia nam pewne zaburzenia czynnościowe. Nerka zrazowata wykazuje krótsze kanaliki kręte, nerka taka jest mniej wartościowa. Prof. H. uważa, że mowca za mało uwzględnił warunki patologiczne. Przy ocenianiu zjawisk biologicznych nie można mówić o celowości, a należy zwracać uwagę na przyczynowość w przyrodzie. Klatka piersiowa asteniczna nie stanowi zmiany pierwotnej, lecz rozwija się pod wpływem płuc, mięśni. Cechy morfologiczne są związane z konstytucjonalizmem.

Szulc G. podnosi znaczenie konstytucjonalizmu dla wojska, gdyż pozwala łatwo usunąć słabe osobniki. Przy poborze do wojska we Francji posługiwano się pewnemi wskaźnikami, które dla wojsk kolorowych okazały się niewystarczającemi. Jednak cechy te miały znaczenie i dla tych wojsk, gdyż uchylenia od normy w kierunku jej obniżenia wykazywały znacznie mniejszą odporność na gruźlicę tak, że całe pułki zapadały na gruźlicę i musiano je odsyłać z frontu.

Prof. Gluziński uważa, że pojęcie konstytucjonalizmu oparte jedynie na cechach morfologicznych jest zbyt ciasne. Porównanie typów obcych z naszemi jest nieodpowiednie. Klinicyści spostrzegali u chorych około 18 ego roku życia najczęściej typ Stillera, w wieku przekwitania płciowego typ apoplektyczny. Nietylko wymiary i budowa mają znaczenie dla konstytucjonalizmu. Barwa włosów, oczu, zabarwienie skóry dla klinicysty ma również znaczenie. Bruneci skłonniejsi są do cukrzycy, kamicy żółciowej.

Tak więc konstytucja Stillera nie opiera się jedynie na jakiejś pojedyńczej cesze.

Zabierali głos również Komocki, Bogacki.

W odpowiedzi prof. Loth przyznaje wiele słuszności podniesionym przez przedmówców kwestjom. Uważa jednak, że z punktu widzenia morfologa klinika robi pewne błędy. Jeżeli podniósł jedną cechę, to jedynie, aby wykazać na przykładzie, że cecha ta nie jest degeneracyjną, lecz progresywną. Wygłoszone w odczycie poglądy nie są jedynie poglądami mowcy, gdyż już w Anglji sprawa konstytucjonalizmu jest szeroko omawiana.

W. Kowalski, sekretarz doroczny.

Związek lekarzy dentystów lwowskich.

Sprawozdanie z posiedzeń naukowyoh w roku 1921.

Ruch naukowy w roku ubiegłym był dość ożywiony. Posiedzenia odbywały się dwa razy w miesiącu z wyjątkiem wakacji uniwersyteckich oraz pierwszego ćwierćrocza, w którem większa część kolegów pozostawała w służbie wojskowej.

Na posiedzeniach naukowych wygłoszono siedm referatów i przedstawiono dziewięć pokazów.

Poniżej podane są w zestawieniu czasowem posiedzenia naukowe.

30. IV. Prof. Cieszyński: a) **Uproszczony sposób wykonania zatykadeł podniebiennych** (ukaże się w druku w Przeglądzie dent.).

b) **Omijanie częstego wyjaławiania strzykawek — sposobem** Kantorowicza (pokaz).

Dr. Meschel: **Pokaz zmodyfikowanej kanuli injekcyjnej do strzykawki Freiensteina.**

Dr. Szafran: **Przemieszczenie kła dolnego; heteroterapja zębów i możliwe przypadki tejże.**

21. V. Dr. Meschel: Referat pracy Hauera. **O leczeniu zębów i korzeni.**

Dr. Szafran: **Necrosis mandibulae posttraumatica et myelitis mandibulae.**

18. VI. Prof. Cieszyński: **Krytyczna ocena przeszczeplania zatrzymanych kłów, poleconego przez Ehrickego.** (Ogłoszone w Przeglądzie dent. w r. 1921. Nr. 4).

11. X. Prof. Cieszyński: **Zapalenie gruczołu ślinnego podszczękowego z powodu kamieni ślinnych.**

Dr. Allerhand: a) **Zagadnienia ekonomiczne w praktyce dentystycznej.**

b) **Taryfa a drożyzna obecna.**

Prof. Cieszyński: **Pokaz najnowszej strzykawki Fischera** (Sterila).

19. XI. Dr. Szafran: a) **Rzadki przypadek zgięcia zęba** 2 (ukaże się w druku) b) **Zapalenie szpiku kostnego ze złamaniem żuchwy lewej, łącznie z usuwaniem zębów.**

Prof. Cieszyński: a) **Przypadek poprzecznego złamania zębów wskutek urazu.** b) **Ciekawy przypadek w rozpoznaniu (płaska torbiel).**

3. XII. Ks. Dr. Rosiński: **Technika badań antropologicznych na czaszkach i człowieku żywym w zakresie potrzebnym lekarzowi-dentyście.**

Medycyna społeczna.

W sprawie walki z gruźlicą. Konferencja w Ministerstwie Zdrowia publicznego.

Dzień 28. maja stanowi przełomową chwilę w akcji zwalczania gruźlicy w Polsce. W tym dniu bowiem Min. Zdrowia Publ. wzięło oficjalnie w swoje ręce tę akcję pierwszorzędnej wagi i powołało do współpracy „Komitet zwalczanie gruźlicy“, jako czynnik doradczy i opiniodawczy, z prawem inicjatywy. Na podstawie przedłożonego statutu w skład komitetu wchodzą: Minister Zdrowia publ., przedstawiciele: Ministerstw Wyznań Rel. i Oświecenia publicznego, Pracy i opieki społecznej, Spraw wojskowych, Rolnictwa i dóbr państwowych — wyznaczeni przez odnośne Ministerstwa, po jednym z każdego —, przedstawiciele: wydziału lekarskiego warszawskiego, Polskiego Towarzystwa Czerwonego Krzyża, kas chorych, Związku miast, instytucji społecznych, czynnych na polu zwalczania gruźlicy, i powołani przez Ministerstwo zdrowia publicznego: naczelnik wydziału chorób społecznych w Ministerstwie zdrowia, referent do sprawy walki z gruźlicą w Ministerstwie zdrowia, jako sekretarz Komitetu.

Pierwsze to posiedzenie Komitetu zagaił Minister Dr. Chodźko dłuższą przemową, w której oddał hołd zmarłym Pionierom walki z gruźlicą, podniósł zasługi obecnych przedstawicieli instytucji społecznych, czynnych na polu walki z gruźlicą i zakończył życzeniem najlepszego rozwoju, do którego rząd przyczynić się obowiązuje.

Po wyczerpującym referacie referenta dr. Dąbrowskiego o „Obecnej organizacji przeciwgruźliczej w Polsce“, wywiązała się żywa dyskusja, z której wyłoniły się między innemi następujące wnioski: W walce z gruźlicą winny wziąć udział: społeczeństwo, samorządy, kasy chorych, Towarzystwo Czerwonego Krzyża, pod kierunkiem i przy pomocy finansowej Rządu. Sposób pomocy Rządu będzie ujęty w osobnem przedłożeniu.

Ministerstwo zawezwie Województwa do utworzenia Komitetów wojewódzkich zwalczania gruźlicy. Komitet ten będzie organem doradczym Wojewódzkiego urzędu zdrowia, ma nadto jednoczyć usiłowania różnych stowarzyszeń i instytucji, zajmujących się bezpośrednio lub pośrednio walką z gruźlicą, być pomocnym radą i czynem i współdziałać w organizowaniu w całem Województwie miejscowych Kół walki z gruźlicą, a względnie Towarzystw przeciwgruźliczych, przychodni, sanatorjów ludowych i t. p., propagować walkę z gruźlicą, jako z klęską narodową w najszerszych kołach ludności.

Niezbędnem jest jak najrychlejsze przeprowadzenie przez Sejm ustawy przeciwgruźliczej, ustawy o przychodniach i o sanatorjach i wyjednanie funduszów rządowych na cele walki z gruźlicą w całem Państwie.

Wobec tego, że powodzenie instytucyj przeciwgruźliczych, przedewszystkiem przychodni, stanowiących obecnie podstawowe ośrodki walki z gruźlicą, zależy od wyszkolonego personalu, przeto należy: 1) organizować kursa uzupełniające dla lekarzy, na które złożyłyby się wykłady teoretyczne i zajęcia praktyczne z ftyzjologji, 2) organizować kursa dla higienistek wywiadowczyń ze specjalnem uwzględnieniem nauki o opiece społecznej i walce z gruźlicą.

Komitet wzywa Ministerstwo Zdrowia publicznego do starań o ustanowienie osobnej katedry ftyzjologji w polskich uniwersytetach, oraz do założenia szkoły pielęgniarek wspólnie z Towarzystwem Czerwonego Krzyża i do wzięcia pielęgniarek na etat stały.

Akcja zwalczania gruźlicy u bydła rogatego stoi w związku z akcją zapobiegania gruźlicy u ludzi; wobec tego powinna być podjęta energicznie przez organizacje społeczne, samorządy, i popierana wydatnie przez skarb państwa. O ile aparat istniejących pracowni bakterjologicznych weterynaryjnych nie mógłby się podjąć, lub nie mógł podołać wykonaniu badań bakterjologicznych próbek wydzielin i wydalin zwierząt dotkniętych gruźlicą, oraz próbek mleka zbiorowego pochodzącego z mleczarni, to Ministerstwo zdrowia publicznego odda na ten cel do dyspozycji państwowe szkoły bakterjologiczne, stojące pod jego zarządem.

Komitet wzywa Ministerstwo zdrowia publicznego do zainicjowania fabryki spluwaczek, prosi o pomoc w założeniu ruchomych muzeów przeciwgruźliczych i wzywa do zakładania leżalni przy szpitalach.

Na przedstawienie Ministra dra Chodźki zostali wybrani zastępcami przewodniczącego Komitetu: p. Gerlach, prof. Sokołowski, obaj z Warszawy, dr. S. Sterling z Łodzi i prof. Wiczkowski ze Lwowa.

Po posiedzeniu członkowie Komitetu pod przewodnictwem p. Gerlacha zwiedzili sanatorjum Rudki pod Warszawą.

Sprawy zawodowe.

Związek Lekarzy Małopolski i Śląska Cieszyńskiego.

Protokół 214 posiedzenia Wydziału w dniu 20 maja 1922.

Przewodniczy w zastępstwie Dr. Żydłowicz, pisze Dr. Kostecki.

Obecni: Prezydent Izby lekarskiej Dr. Strzemieński, oraz 6 członków.

Dr. Żydłowicz odczytuje memorjał do Ministerstwa Sprawiedliwości i Min. Zdrowia Publ. o podniesienie taksy za czynności sądowe lekarskie. (Ukaże się w Pol. Gazecie lek.) Powiat. Kasie Chorych w N. Sączu uchwalono odpisać: Ponieważ umowę z Drem Stan. Nowakiem w Starym Sączu zawarto od przypadku do przypadku, Związek, dążąc do wolnego wyboru lekarza w kasach chorych, nie pochwala zupełnie zamienienia posady Dra Nowaka na ryczałtową. Co do wysokości wynagrodzenia za leczenie członków przy wolnym wyborze lekarza oblicza się taksę o połowę niższą od taksy, przyjętej zwyczajowo w prywatnej praktyce. Ponieważ ceny artykułów pierwszej potrzeby znacznie wzrastają, temsamem i wynagrodzenie za leczenie musi się znacznie podnieść.

Zwrócono się do Pow. Kasy Chorych w Tarnobrzegu z zapytaniem, dlaczego wypowiedziano posadę lekarzowi w Radomyślu nad Sanem Drowi Agatsteinowi.

Uchwalono zwrócić się do Dra Siegla w Krośnie z zapytaniem, gdzie przebywa partacz Andahazy.

Uchwalono zwrócić się do Dra Wosia i Dra Zawilskiego, mających się niebawem osiedlić w Sokołowie, by nie przyjmowali posady lekarza miejskiego, a temsamem nie utrudniali bytu Drowi Mayzlowi.

Sprawę Dra Spiesznego z N. Targu, poruszoną przez Dra Türschmida, przekazano Izbie lekarskiej. Dr. Spieszny nie należy dotychczas do Związku.

Co do partactwa lekarskiego, uprawianego przez administratora parafji ks. Kulczyckiego w Rudnie Wielkiej, uchwalono zwrócić się do konsystorza obrz. łac. w Przemyślu, aby zechciał zabronić partactwa wymienionemu księdzu.

Protokół 215 posiedzenia Wydziału w dniu 27 maja 1922 r.

Przewodniczy w zastępstwie Dr. Żydłowicz, pisze Dr. Bannet; obecni: Prezydent Izby lekarskiej Dr. Strzemieński, oraz 6 członków.

Odczytano pismo Starostwa w Trembowli, że partacza Sebryna w Strusowie wydalono i odszupasowano do Wołoczysk. Z powodu niejasności pisma uchwalono zwrócić się do Dra Lewickiego w Strusowie z zapytaniem, czy owego partacza rzeczywiście wydalono.

Prezydent Izby lekarskiej podnosi sprawę Dra Grabowskiego z Tarnowa, który daje firmę technikowi dentystycznemu Haidingerowi w Tarnowie. Sprawą tą zajmie się Izba lekarska. Co do przyjęcia posady lekarza więziennego przez Dra Grabowskiego wbrew zakazowi Koła tarnowskiego Związku Lekarzy Małopolski i Śląska Cieszyńskiego, uchwalono zapytać się Dra Grabowskiego, czy podziękował za tę posadę.

Rozpoczęto pierwsze czytanie ogólnej i szczegółowej taryfy lekarskiej w Kasach chorych. Przyjęto główny zarys. Dokładne opracowanie ma być przedłożone na następnem posiedzeniu.

Wezwanie

Wydział Związku Lekarzy Małopolski i Śląska Cieszyńskiego wzywa Członków i prosi innych Kolegów, by bezwarunkowo nie zawierali pod jakimkolwiekbądź pozorem ugody w sprawie udzielania porady lekarskiej funkcjonarjuszom państwowym na koszt Skarbu, tudzież dążyli do jak najszybszego rozwiązania istniejących umów.

Dr. Kostecki, sekretarz. *Dr. Żydłowicz*, zast. przew.

Izba lekarska we Lwowie prosi o umieszczenie następującej odezwy; Powołując się naodezwę Związku lekarzy i Reprezentacji Towarzystw naukowych, umieszczoną w Nr. 23 P. G. L. z 4-go czerwca b. r., Wydział Związku, wobec rozpisania konkursu na posady specjalistów dla organizacji pomocy lekarskiej dla urzędników państwowych, przestrzega wszystkich Kolegów, aby do rzeczonego konkursu nie stawali.

Lwów, dnia 1-go lipca 1922.

Galicyjska Kasa dla chorych lekarzy.

Dnia 27. maja 1922 odbyło się w lokalu Izby Lekarskiej Wschodniej Małopolski Walne Zgromadzenie Galic. Kasy dla chorych lekarzy, na którem podwyższono 50-ciokrotnie wkładki i świadczenia i wybrano nowy wydział. W pierwszej grupie, t. j. dla członków do 30 go roku życia jest wkładka 900 m. miesięcznie czyli 10.800 rocznie, w drugiej grupie do 50-go roku życia 1350 m. miesięcznie czyli 16.200 m. rocznie, a w trzeciej grupie powyżej 50 go roku życia 1800 m. miesięcznie czyli 21.600 m. rocznie. Świadczenia kasy ustalono na 2000 m. dziennie, pogrzebowe na 50.000 mp. Postanowiono ponadto już obecnie, że w razie dalszej dewaluacji po pół roku Walne Zgromadzenie uchwala dalszą podwyżkę do dwukrotnej obecnej a wykonanie uchwały przekazuje Wydziałowi.

Wybrano nowy wydział w składzie następującym:

Prezes Dr. J. Papée, zastępca Dr Kwiatkiewicz, sekretarz Dr. N. Lilien, zast. Dr. E. Doliński, skarbnik Dr. Michał Świątkiewicz, zastępca Dr. Madejewski Wł. Członkami wydziału wybrani: Dr. Maks Jonas, Dr. Izrael Fels, Doc. Dr. Wincenty Czernecki, Dr. Jan Moszkowicz, Dr. Leopold Schellenberg, Dr. Zaczek. Do komisji rewizyjnej wybrano Doc. Dra Bocheńskiego i Dra Drzymalika. Do sądu rozjemczego Dra Czaczkowskiego, Dr. Dauma Ludwika, Dra Trzcienieckiego i Dra Ziona O.

Instytucja Kasy dla chorych lekarzy, trwająca od dwudziestu lat, rozwija się mimo ciężkich ogólnych warunków pomyślnie, członkowie przybywają, podwyższono wydatnie świadczenia, które w sumie zaważyć mogą w budżecie lekarza podczas kilkumiesięcznej choroby. Rozumiemy, że i ta suma nie jest dostateczną dla utrzymania dziennego lekarza i jego rodziny, ale uchwałą Walnego Zgromadzenia możemy ją po pół roku podwoić. Trzeba tylko, żeby lekarze okazali żywsze zainteresowanie Kasą i licznie wstępowali do niej, bo, choć może teraz nie widzą specjalnej potrzeby zabezpieczenia sobie na wypadek choroby tych paru tysięcy marek, to jednak stosunki się zmieniają i należy myśleć o przyszłości. Głównie więc młodzi lekarze powinni zastanowić się nad korzyściami, jakie daje należenie do Kasy.

Wyjaśnień udziela chętnie i zgłoszenia przyjmuje Zarząd Kasy dla chorych lekarzy przy ul. Asnyka 3.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Wydział lekarski Uniw. Jana Kazimierza udzielił veniam legendi dr. Stanisławowi Progulskiemu z pediatrji i dr. Henrykowi Sochańskiemu z patologji i terapji szczegółowej chorób wewnętrznych.

Walne Zgromadzenie delegatów Towarzystwa lekarzy polskich b. Galicji odbędzie się w niedzielę dnia 9. lipca br. o godzinie 10 rano w Poliklinice powszechnej przy ulicy Lindego l. 5.

Porządek dzienny: 1. Odczytanie protokołu z ostatniego Walnego Zgromadzenia. 2. Sprawozdanie Rady zawiadowczej za rok ubiegły. 3. Sprawozdanie Komisji rewizyjnej. 4. Przyznanie stałych zasiłków rocznych wdowom i sierotom. 5 Wybór Rady zawiadowczej i komisji rewizyjnej na rok bieżący. 6. Wnioski i interpelacje.

W razie braku kompletu następne posiedzenie odbędzie się ½ godziny później. *Bocheński*, sekretarz. *Rencki*, prezes.

Poznań.

V-ty Polski Kongres Przeciwalkoholowy odbędzie się w Poznaniu w dniu 8 i 10. lipca b. r. pod protektoratem ks. kardynała Dalbora. Dotychczas zgłosili referaty: dr. Otto z Warszawy, prof. dr. Panek z Bydgoszczy, prof. dr. Gantkowski z Poznania, dr. Pankowa, poseł Zmitrowicz, poseł dr. Kunicki, O. Kuznowicz z Krakowa, major Kornilowicz z Warszawy, ks. dr. Ciemniewski ze Lwowa, Jan Szymański, sędzia J. Glass, ks. Niesiołowski i dr. T. Jaroszyński. Program bardzo obszerny. Głównym celem zjazdu jest skoordynowanie działalności wszystkich zwolenników walki z pijaństwem i ścisłe wykonywanie naszej ustawy przeciwalkoholowej. Pożądany jest najliczniejszy udział organizacji oświatowych, kulturalnych, spółdzielczych i młodzieży akademickiej. Komitet organizacyjny: Poznań, Aleje Marcinkowskiego 1.

SPRAWOZDANIE

Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy polskich byłej Galicji za rok 1921.

Z powodu bardzo znacznych kosztów druku sprawozdanie ograniczyć się musi i w tym roku do koniecznych wyjaśnień zamknięcia rachunków a mianowicie:

Z powodu wahania wartości waluty nie zakupiono wogóle papierów wartościowych.

Walory i pieniądze są złożone:

a) Pozostałość w gotówce z roku 1921 znajduje się w P. K. O. L. 14 i 328 i na rachunku bieżącym Banku Kraj. Reszta 5967. mp. 11 fen. u skarbnika.

b) Wykaz IV Walory A i B w depozycie Banku krajowego kwit depozytowy L. 2978 z tego pozycja II. b. w depozycie sądowym a walory pozycja II c złożył kurator, Dr. Zbyszewski, w Banku krajowym. Walory funduszu Dra Warchoła pozycja 22 w przechowaniu Prezesa. Walory C. fundacji Dr. Jasińskiego Władysława w depozycie sądowym — Dra Barzyckiego w depozycie Banku kraj. kwit depozytowy L. 1217.

c) Wykaz IV. Gotówka A. Dr. Gawałkiewicza poz. 5 na rachunku bieżącym Banku kraj. — Dr. Lukasa poz. II a i c na rachunku bieżącym Banku kraj. — Prof. Dr. Marsa Antoniego poz. 14 na książeczce Banku kraj L. 57.492 — fundusz własny poz. 24 na książeczce Banku kraj. 57490. — Gotówka B poz. 1. 3. 4 6. 7. 8. na książeczce Banku kraj. 57492 poz. 2. Dra Kalisza w przechowaniu Województwa lwowskiego na książeczce Galicyjskiej Kasy oszczędności L. 101495 — poz. 5 na książeczce Banku kraj. L. 57798 — fundusz inwestycyjny Morszyna znajduje się na książeczkach Banku kraj. L. 40.480 L. 57.103, L. 57491 i w P. K. O., Legat Dra Nycza w depozycie sądowym.

d) Dokumenty bankowe przechowuje Prezes.

Za Radę zawiadowczą Tow. lek. pol. b. G.

Bocheński sekretarz. *Rencki* prezes. *Trzcieniecki* skarbnik.

Członkowie Rady zawiadowczej:

Machek, Nowicki, Papée, Sieradzki, Strzemieński.

Wykaz I. Zestawienie rachunków za rok 1921.

	Dochód	Mkp.	f.
1	Pozostałość z końcem roku 1920	7499	22
2	Morszyn	105310	16
3	Opłata Towarzystwa lekarskiego lwow. .	12780	
4	„ „ krakowskiego . . .	17640	
5	„ członków prowincjonalnych . . .	89507	40
6	Wpisowe	700	
7	Dary	26175	90
8	Opłata za 17 tomów ustawy sanitarnej . .	740	
9	Wpływy z Banku krajowego za I półr. 1921	16935	66
10	„ „ „ „ II „ „	15354	83
11	Odsetki z P. K. O. za rok 1920	284	33
12	Zwroty:		
	Pensja Rotterowej Klary 42 mp. i Lastowej Rudolfiny 70 mp.	112	
13	Prof. Dr. Machek z obliczenia	770	
14	„ „ „ jako resztę z obliczenia odsetek od papierów	96	60
		293905	80

	Rozchód	Mkp.	f.
1	Morszyn	76396	94
2	Administracja:		
	a) manipulantka . . . . . 3900.— Mp.		
	b) korespondencja . . . . . 1680.75 „		
	c) kursor . . . . 610.— „		
	d) wydatki na druki P. K. O. 535.— „		
3	e) opłata manip. P. K. O. i za przekazy pieniężne . . . . 855.47 „	7581	22
4	Przegląd lekarski	15725	
5	Tygodnik lekarski	15712	50
6	Pensje wdów	8003	
7	Zapomogi	4600	
	Koszta Banku krajowego za I i II półr. 1921	1687	49
8	Opłacono należytość spadkową za legat Dra Lukasa	12178	26
9	Opłacono należytość szkolną od spadku po Drze Lukasie	1095	09
	Zwrócono funduszom (lokacja):		
	a) Dra Fraenkla Joachima . 52.40 Mp.		
	b) Prof. Dr. Macheka . . . 81.76 „		
	c) Funduszowi bezimiennemu. 32.20 „		
	d) Złożono na kapl. Morszyńską 1126.— „		
	e) Fundusz. nauk T. l. p. b. G. 1051.70 „		
	f. Fund. nauk. Prof. Rydygiera 85.— „	2429	06
		145408	56
	Saldo 31 grudnia 1921 . .	148497	24
		293905	80

Wykaz II. Stan majątku Towarzystwa lekarzy poiskich byłej Galicji.

	Stan czynny		Mkp.	f.
1	Pozostałość kasowa z końcem roku 1921 .			
	a) P. K. O.	98324.13 Mp.		
	b) Bank krajowy . . .	25170.— „		
	c) Gotówka	5967.11 „		
	d) Złożono jako fundusz Prof. Dr. Renckiego w Banku krajowym na książeczkach . .	10000.— „		
	e) Zakupiono jako fundusz Dr. Warchoła pożyczki państw. krótkoterminowej za . . .	9036.— „		
		Razem	148497	24
2	Fundusze wieczyste niewzrastające	A walory	438230	
		A gotówka	33037	96
3	Fundusze tworzące się	B walory	7210	
		B gotówka	22334	86
4	Fundusze, z których pobierają odsetki dożywotn.	C	106317	63
5	Fundusz Stillerów . . .	D wartość ziemi	10000000	
		D gotówka	4 577	54
6	Legat Dra Nycza		3500	
7	Kaucja w P. K. O. w Warszawie		70	
8	Los turecki L. 294.398 fundusz Dra Niedźwieckiego		1200	
			10811975	23

	Stan bierny	Mkp.	f.
1	Kaucja Towarzystwa Zdroje polskie . . .	12000	
	Stan czynny z końcem roku 1921	10799975	23
		10811975	23

Wykaz III. Fundacja Bonifacego i Magdaleny Stillerów.

A) Rachunek Morszyn.

	Dochód	Mkp.	f.		Rozchód	Mkp.	f.
1	Dzierżawa folwarku	14000		1	Opłata leśniczego	630	
2	„ zdrojowiska i zakł. kąpielowego	12500		2	Podatek gruntowy	708	40
3	Kaucja T-wa „Zdroje polskie“	12000		3	Raty hipoteczne	3737	45
4	Czynsz za Władysławówkę	4000				1219	86
5	Zwrot T-wa asekuracyjnego krakowskiego za spaloną komórkę	974	16	4	Raty hipoteczne	3776	12
						1202	88
6	Eckstein zwrócił za asekurację folwarku	2028		5	Reszta długu hipotecznego wyrównana	43865	46
7	T-wo „Zdroje polskie“ zwróciło zapłacony podatek	1288				15610	59
				6	Asekuracja Morszyna	4298	60
8	Dochód ze sprzedaży drzewa	56000		7	„ leśniczego	59	58
9	Czynsz dzierżaw. za polowanie w l. 1914—1921	2520		8	Podatek za T-wo „Zdroje polskie“	1288	
	Razem	105310	16		Razem	76396	94
	Pozostałość z roku 1920	20664	32		Pozostałość 31 grudnia 1921	49577	54
	Razem	125974	48		Razem	125974	48

Wykaz IV. Wieczyste fundusze Towarzystwa lekarzy polskich byłej Galicji.

		Walory nom. w Koronach obliczone na marki pol.		Gotówka na książeczkach Banku kraj. w mkp.		Wartość ziemi Morszyn mp.
	A. Fundusze niewzrastające. Odsetki przeznaczone na pensje i zapomogi					
1	Dra Barzyckiego	1680				
2	„ Biesiadeckiego Alfreda	1 010				
3	Prof. Dra Czyżewicza Adama	23800				
4	Dra Garbińskiego	1960				
5	„ Gawałkiewicza Leopolda	7420		202	30	
6	Im. Prof. Dra Gilewskiego Fundacja jego żony	26600				
8	Dra Jasińskiego Władysława	88200				
8	Fundusz jubileuszowy Towarzystwa (25 lecie)	2240				
9	Dra Krówczyńskiego Żegoty	560				
10	Dra Krzeczunowicza	6020				
11	„ Lukasa Adolfa a) dochód na pensje i zapomogi	5390		7391		
	b) dochód po śmierci dożywotniczki na pensje i zapom.	21000				
	c) legat, z którego Towarzystwo pobiera odsetki	128000		6959		
12	Dra Łuszczkiewicza	560				
13	„ Mahla Jakóba	2580				
14	Prof. Dra Marsa Antoniego	3640		2100		
15	Dra Merunowicza	2800				
16	„ Niedźwieckiego	12110				
17	„ Rosnera Jana	1260				
18	„ Różańskiego Józefa	210				
19	„ Ściborowskiego Władysława	420				
20	„ Świątkiewicza Józefa	980				
21	Prof. Dra Szulisławskiego Adama	350				
22	Dra Warchoła	9000				
23	Prof. Dra Ziembickiego Grzegorza	840				
24	Fundusz własny Towarzystwa	79800		16385	66	
		438230		33037	96	
	B. Fundusze tworzące się, odsetki przyłącza się do kapitału					
1	Dra Fraenkla Joachima	700		1127		
2	„ Kalisza Alfreda			7954	86	
3	Prof. Dra Macheka Emanuela	2030		168		
4	Bezimienny (złożył Dr. Stenzel Rudolf)	840		74		
5	Prof. Dra Rencklego Romana			10000		
6	Fundusz Kaplicy Morszyńskiej	630		1126		
7	Fundusz naukowy Towarzystwa lekarzy pol. b. Galicji	1050		1600		
8	Naukowy Prof. Dra Rydygiera Ludwika	1960		285		
		7210		22334	86	
	Razem A i B	445440		55372	82	
	C. Fundusze, z których odsetki pobierają dożywotnicy.					
1	Dra Barzyckiego	42578	56			
2	„ Jasińskiego Władysława	63739	07			
		106317	63			
	D. Fundusz Stillerów.					
1	Wartość ziemi					10,000.000
2	Fundusz inwestycyjny Morszyna			49577	54	
	E. Legaty już przyznane, lecz dotąd niewypłacone.					
1	Dra Nycza			3500		
	Razem C do E	106317	63	53077	54	
	Razem A do E	551757	63	108450	36	10,000.000